BULLETTINO
DELLE
SCIENZE MEDICHE

Pubblicato per cura

DELLA

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai Soci

VERARDINI DOTTOR FERDINANDO — DIRETTORE

BACCHI DOTT. ALESSANDRO
BELLUZZI DOTTOR CESARE
BRUGNOLI CAV. PROF. GIOVANNI
GAMBERINI CAV. PROF. PIETRO
MODONINI DOTTOR BERNARDO
PEDRELLI DOTTOR MARCO
PILLA DOTT. GIOVANNI VICE-DIRETTORE
RIZZOLI COMM. PROF. FRANCESCO
SGARZI CAV. PROF. GAETANO
TORRI DOTTOR ENRICO

SERIE 5.ª VOL. 2.°

BOLOGNA

TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI

1866.

Forsan et haec olim meminisse juvabit.

VIRG. Æneid.

MEMORIE ORIGINALI

——

Chiarissimo Sig. Dott. Ferdinando Verardini.

Dopo aver' io spediti costà i miei *Cenni* intorno la pericardite, seppi, e viddi, che anch' Ella ne avea studiato l' argomento, e svoltolo con eleganza, dottrina, e pratica abilità; sicchè, a lieve segno di molta considerazione, mi nacque il desiderio: fosse pregata a degnarsi di scorrerli, e giudicarli. Ciò commisi ad un' intrinseco Amico mio; e poichè mi rispose: non tenerli Ella indegni d' essere mandati in luce, or m' auguro sia cortese di concedermi che Glieli intitoli. Però non mi dissimulo esserne tenue la offerta; tuttavia ne' sentimenti, dai quali essa muove, e nella gentilezza di Lei assai confido; anzi tanto, da sperarne: sia per accoglierne la dedica, e per indurmi benigni i suoi egregii Colleghi compilatori di codesto pregiato *Bullettino,* affinchè i miei *Cenni* conseguano l' onore di stampa in uno de' prossimi Fascicoli dello stesso Giornale. Me ne agevoli la grazia, e creda, che ne sarò lietissimo, se non per altro, almeno per essermi di tal modo consentito di porgerle anche in pubblico una

piccola testimonianza del grande ossequio, col quale mi pregio di rassegnarmi ora, e sempre, sempre, e con tutto l'animo.

Di Rapagnano 27 Maggio 1866.

Dev.mo Obb.mo Ser. ed Amico.
DOMENICO COLLINA

Sulla Pericardite, Brevi Cenni Teorico-pratici.

INTRODUZIONE

1. Era la pericardite inconsiderata, quando *Sénac* (1) ne diede una descrizione anatomo-patologica nel suo voluminoso *Trattato sulla struttura del cuore.* E riescì a specchio fedelissimo delle nozioni di que' tempi, tanto che ne ritrasse anche gli errori; sicchè in vece di spandere luce fu quasi come il guizzo del lampo che rompe, non fuga le tenebre, anzi ne fa più percettibile il bujo. E potea altrimenti andar la bisogna? Accolta con dispregio la scoperta della percussione che *Auenbrugger* (2) modestamente annunziava, di quali incrementi potea esser capace la Scienza sulle malattie della cavità toracica? A quali criterî commettersi, se il libro, che dovea dischiudere la via a grandi progressi, gittavasi a' tarli? Pure lo spirito novatore del passato Secolo, che agitava i dotti e trasformava la Fisica, doveva finire per sospingere la Medicina nel campo d'una casta osservazione, e d'una severa esperienza sottraendola appieno alle forme scolastiche, ed alle astruserie speculative. Sorse *Corvisart* a togliere dal-

---

(1) Traité de la structure du Coeur-Paris 1783, T. 2. p. 337 e seg.

(2) Inventum novum ex percussione thoracis humani, ut signo, abstrusos interni pectoris morbos detegendi, 1760. Non manca però chi l'attribuisca a G. M. Lancisi.

l'obblìo il libro dell' *Avenbrugger*, e a darne a conoscere l'alta importanza. Digiuno affatto di ogni notizia d'ascoltazione che a lui fornisse delicati e validi elementi diagnostici, potè per mezzo della percussione e d'un castigato osservare mandar in luce un *Saggio sulle malattie organiche del cuore,* (1) che va innanzi a quant'altri ne lo precedettero. Su questo mezzo, *Testa* in Italia, *Burns* in Inghilterra, *Kreysig* in Germania arricchirono la Scienza de' loro dottissimi scritti, e dopo il volgere di non lunghi anni (1815) trasse avanti *Laennec* coll'immensa scoperta dell'ascoltazione, che rannodata a quella dell' *Avenbrugger* fondò un'era novella, staccando la Scienza dal passato per lanciarla in un glorioso avvenire (2).

2. Stanchi gli ingegni di pascersi di bizzarre astrazioni ravvolte in bizzarissima fraseologia, si diedero a tutta possa a interrogar la Natura, e in mille guise a cimentarla, finchè, svolti ed ampiamente applicati i processi e i metodi della Fisica, introdotti dalla Scuola di *Boërhaave* nello studio della Medicina, le malattie del cuore e de' polmoni uscirono di quella stretta cerchia in che stavano rinchiuse, e la loro diagnosi raggiunse quell'alto grado di certezza, a cui non rade volte s' aspira indarno in altri morbi. Allora la Scienza dimostrò; e la pericardite (la quale in sentenza di *Laennec poteva meglio indovinarsi che diagnosticare*) acquistò fervidi e valenti indagatori; ed ai pochi antichi tenner dietro ben molti illustri moderni; e questi contribuirono a far cessare quell'ondeggiamento che le dava uno scarso sapere. *Auenbrugger* (1760) richiamò l'attenzione sulla maggior curvatura ed accresciuta ottusità a' precordi; *Sénac* (1783)

---

(1) Essai sur les maladies organiques du Coeur. Paris 1806.

(2) Alcuni prima di Laennec usavano l'ascoltazione immediata.

descrisse l'essudato fibrinoso, e l'ebbe per una massa gelatinosa, o linfatica, stravasatasi collo siero; *Corvisart* (1806) disgiunse la pericardite dall'idropericardio, la forma acuta dalla cronica, presentendone le attinenze col reumatismo; *Laennec*, (1815) scoperti alcuni rumori non li tenne in gran pregio (1); *Collin.* (1824) descrisse quello di cuoio nuovo (2); *Louis* (1826) raccolse buon numero d' osservazioni sulla pericardite (3) e, analizzatele con molta finezza e sagacia, le coordinò a scopo diagnostico; e *Hache*, ed *Andral* (4), e *Bouillaud* (5) ricalcarono gloriosamente le orme di *Louis*.

3. *Stokes*, poi *Mayne* (1834) (1835); *Hughes* (1836) *Skoda* e *Kolletschka* (6), *Aran* (1844) *Brochmann* (7) *Chambers* (1853) *Ormerod* (1854) *Bamberger* (8) ecc. ricercarono ben a fondo la pericardite, recandone in luce elucubrate Memorie; e *Desclaux* (9) *Stokes* (10) *Bouillaud*, (11)

——

(1) Traité de l'Auscultation médiate. Veramente la prima Edizione ha la data del 1819, ma il *Laennec* nel 1815 comunicava alla Società della Scuola i primi effetti conseguiti dalla bella applicazione dell'acustica al metodo della percussione per esplorare e conoscere le malattie del petto.

(2) Des diverses methodes d'exploration de la poitrine — Paris. 1824.

(3) Mémoires, ou Recherches anatomo — pathologiques — Paris 1826 p. 253.

(4) Clinique Médicale. 4. Edition — Paris. 1840.

(5) Traité Clinique des maladies du Coeur. 2. Edit. — Paris 1841.

(6) Oesterr. med. Pharb. Ved. XIX.

(7) Holscher 's Annal. Jahrg. N. Hest. 3. 4.

(8) Virchow 's Archiv. IX. 348.

(9) Essai sur la Pericardite aigue ecc. Paris 1835.

(10) Handbuch der Krankheiten des Herzeus und der Aorta, aus dem Englischen übersetzt von Lindwurm. Würzburg 1854 55.

(11) Opera citata e l'altra - Recherches sur le Rhumatisme ecc. Paris. 1836.

e *Hope* (1), e *Beau* (2) e *Bamberger* (3) ed altri, vanno al mondo celebratissimi per averla illustrata con mirabile maestria nelle loro immortali Opere, e tanto quant' altra malattia mai. Inutile fatica parrà dunque a molti quella ch' io intraprendo, di compilare, e a mo' di *brevi cenni* disporre il molto che sulla pericardite possiede la Scienza. Potrebbe anzi sembrare sconsigliatezza, più presto che savio avviso, il tentarne un saggio, dopo che uomini di gran voce ne trattarono, e con tanta copia e varietà di dottrine, e con sì vivi e risentiti colori la dipinsero. Pure il raccorre entro poche pagine il diffuso in lunghe Memorie, e il discorsone qua e là in voluminosi Trattati, stimo non sia per tornare vano, e nemmeno a tutti discaro; ed è con quest' animo, e per fiducia nella benignità de' miei Lettori, ch' io pongo mano a questo qualunque lavoro, nel quale di mio poc' altro più ci ho messo che una certa diligenza nel riandare le Opere de' più insigni cultori dell' arte salutare, al fine di raccoglierne il più profittevole alla pratica, e in armonia coi progressi della Scienza. D' altra parte le Monografie, e gli Articoli de' Giornali e Dizionarii hanno pure alcun pregio; e soccorono a quelli che di Libri scarseggiano nella relativa materia. Checchè se ne giudichi, non mi allungo in ulteriori preamboli; e per sommi capi scendo a scorrere l' assunto argomento.

CAPITOLO PRIMO

Etiologia

4. La pericardite, come ogni altra flogosi, può nascere

---

(1) Trattato delle malattie del cuore e de' vasi maggiori — Trad. dall' inglese del Dott. *F. Airoldi*. Milano 1856.

(2) Traité expérimental et clinique d' auscultation. Paris. 1856.

(3) Lehrbuch der Kraukheiten des Harzeus Wien 1857.

da *traumi*. Producea *Desclaux peri-endocarditi, sperimentali*, attraversando cogli spilli il pericardio e il cuore a' conigli. *Renauldin* comunicò il 30 Luglio 1833 all' Accademia Reale di Medicina sedente in Parigi un curioso esempio di pericardite. Un uomo giuntovi di recente morì dopo aver tentato a più riprese di suicidarsi: all' autopsia trovossi il pericardio pieno d'un due litri di liquido *siero-albuminoso*, ed un *ago conficcato nel ventricolo destro del cuore* — niuna traccia di cicatrice all' esterno — *Dupuy* ne colse l' occasione per dichiarare: come più volte si abbattesse in simiglianti casi negli animali, e senza che tuttavia ne cessasse la vita. *Bamberger* vide svolgersi per ferita penetrante di coltello, letale pericardite: *Corvisart* (1) narra che un uomo ne ammalò per un pugno a' precordi; e *Roncati* (2) cita un singolarissimo esempio di una Inglese che morì di pericardite, nata per essergli nel sonno caduti tre denti posticci, legati con lamina d' oro, giù nell' esofago, e per la successiva lenta perforazione del medesimo. La genesi della pericardite primaria per le comuni cause reumatizzanti è molto rara. *Bamberger* non la ebbe ad osservare che 5 volte sopra 63 casi; e *Lebert* (3) tre volte su 42. È in vece quasi sempre secondaria ad altre infermità. (4)

---

(1) Op. cit. Observ 4. — Con tutto il rispetto dovuto a un tant' uomo, mi permetto di muovere un dubbio sulla verità di quel giudizio. Per quanto m' immagini un gran pugno dato a' precordi, e tale da scuoterne il cuore, non so però capire come cotanta violenza applicata il 9, dovesse solo il 25 del 1799 eccitare i primi sintomi di pericardite.

(2) Prolegomeni di Clinica Medica. Bologna 1865 p. 192.

(3) Handbuch der praktischen Medicin — Tübingen 1860 — Erster Band — Seite 594.

(4) Veggasi l' erudito Lavoro del *Verardini*, che andrò citando, nel quale sono bene descritte le molte forme di pericarditi. Vol. 5 Serie 2. 1866, Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna.

5. Il reumatismo articolare acuto che coglie molte articolazioni ad un tratto, o che bizzarramente salta da una giuntura ad un' altra, martirizzando in breve tutta la persona, suole assai di frequente accompagnarsi a pericardite. *Bouillaud* credètte d' aver osservato indubbiamente peri-endo-cardite 64 volte in 74 colti da grave reumatismo (1); e tanto se ne infatuò, che esagerando (come è suo costume) pose che « nel reumatismo articolare acuto, violento, « generalizzato, la coincidenza d' un endocardite, d' una « pericardite, o d' una endo-pericardite è la regola, la « legge; e che la non coincidenza ne fa l' eccezione (2) ». *Taylor* disse d' esservisi imbattuto 21 volte su 40 casi, *Latham* 63 su 135, e *Ormoud* 61 su 161 ecc. — tale era l' andazzo de' tempi — *Lebert* (p. 594) giusta le sue osservazioni, intraprese a Parigi e compiute a Zurigo, diede nella pericardite 9 volte in 42 reumatizzanti (prop. 21 3/7 p. 0/0) e richiamando a severo esame 60 casi di reumatismo acuto alle giunture trasse: undici volte unirvisi pericardite (prop. 18 1/3 p. 0/0) *Bamberger* (p. 110) ne valuta la frequenza al 30 p. 0/0; ma per le proprie osservazioni non la fa ascendere che al 14 p. 0/0; e forse il termine medio è il 17: almeno così ricavo da quanto ho potuto osservare, e leggere.

Molto si disputò per ispiegare di quale guisa il reumatismo adduca la pericardite; e dai più, ne' tempi a noi alquanto lontani, si ricorse alla propagazione metastatica, che altamente invocossi mai sempre, quando a riempiere una lacuna, od a velarne l' ignoranza. Io non vo' spendere parole per ventilare una tale questione che ormai è vieta:

---

(1) Ei troppo si affidava alla sola ascoltazione: ne fu tratto in inganno, dai così detti rumori sistolici *accidentali*; credette quindi avere alle mani malattia di cuore, mentre trattavasi, cred' io, di ben altro.

(2) Traité du Rhumatisme articulaire ecc. Paris 1840 — p. 144.

mi basti a mostrarne l'inverosomiglianza dirsi: che il *Lichtenfels* vide un malato, innanzi tutto sorpreso da violentissima febbre con eritema, colto di poi da peri-endo-cardite, e dopo alcuni giorni da reumartrite: il che dimostra come, in quel caso almeno, l'affezione delle giunture e la flogosi del pericardio furono secondarie tutte e due, e di un medesimo processo generale. E se non sempre le vogliam dire dipendenti da un processo generale reumatico, e' ci sarà pur giuocoforza convenire: che il *nesso genetico* che sì di frequente le congiunge non ci è noto; e che torna ad inutile, se non a dannosa, impresa il ricorrere, per darne conto, ad ipotesi. Ricordiamoci che « melius est sistere grandum quam progredi per te« nebras (Gaubius) » che « la Scienza ipotetica s'arretra « colle invenzioni, e progredisce mercè la confutazione « de' sistemi » (1) e che « in Medicina più che in qua« lunque altra Scienza conviene andare molto a rilento, « e non progredire che dietro la scorta de' fatti » (2). Solenni verità che non vogliono essere dimenticate giammai.

Il reumatismo che svolgesi in una sola articolazione, ed ivi tiene sua sede, senza sbalzare ad altre: quello che dà in cronico, o che d'una forma acuta attacca i muscoli, non associasi a pericardite; come rarissimamente fa quello che consegue ad uretrale blenorragia. Di mialgia reumatica unita a pericardite *Roncati* (p. 192) dice: conoscere solo un caso occorso nell' Ospedale generale di Vienna.

6. La tubercolosi polmonare gareggia, se non l'avan-

---

(1) V. Lanza — Nosologia positiva — lib. 1. Cap. 1 pag. 16. — Napoli 1841.

(2) A. F. Chomel — Elementi di Patologia Generale trad. ed annotati dal Prof *Luigi Calori* — — Milano 1857 — p. 30.

za, colla reumartrite acuta pel triste privilegio di fornire d'un ricco contingente la pericardite. *(Verardini)* Primo ad avvisarne la stretta connessione fu *Lebert*, e quando *Bambergero* fece le alte maraviglie che prima di Lui non fossevi stato chi se ne fosse accorto, o non conobbe, o finse non coscere il lavoro del gran Trattatista dell'Iconografia patologica. La frequenza ne è valutata a più che il 20 p. 0[0. Suole rispettare i primordi della tubercolosi, e non sopraggiungere che ad inoltrata malattia, e nella forma acuta (Lebert). Io ne ho veduti due casi interessantissimi, nell'un de' quali non s'avverò cotesta regola. Fu d'una giovane a 20 anni, o su quel torno, alta e mingherlina, che avea dato in tisica. La malattia volse al cronicismo; e dopo lunghi mesi sviluppossi acuta pericardite, che in pochi dì la trasse al sepolcro. Le affezioni del mio-endocardio vengono soventi volte a causa di pericardite: ed i stretti rapporti anatomici fra la serosa che involge il cuore, e la membranella che ne tappezza le cavità ne rendono facile ragione. *Lebert* la vide due volte nascere per tumori al cuore, l'uno fibro — plastico, canceroso l'altro. —

7. La pneumonite, la pleurite ecc. possono eccitarla: *Niemeyer* la direbbe « trapiantata » *Lebert* osservolla cinque volte combinatasi a pneumonite, una volta a tifo, un'altra a cholera, una volta a peritonite; un'altra a pioemia con numerosi ascessi metastatici, de' quali parecchi al cuore. Nel *Morbus Bright,* nelle malattie acute discrasiche, e secondo *Calmeil* nell'alienazione mentale (1), insorge pure talora la pericardite; ciò che torna sempre in gravissima complicazione; ed in genere nelle affezioni

——

(1) Nel 1863 il *Lombroso* ebbe occasione di osservare in una demente pellagrosa (contadina di 35 anni, peri-miocardite con idrocefalo cronico congenito (Riv. Clin. di Bologna. Fasc. XII. 1865 p. 355).

degli organi vicini, o s' alloghino nel cavo toracico, o s' adagino entro l' addome. Così la carie delle coste, e delle vertebre, la suppurazione e degenerazione delle glandole bronchiali, il cancro dell' esofago, le ulceri perforanti dello stomaco che distruggono il diaframma, gli ascessi purulenti che si vuotano nella toracica cavità, o che qui nati e cresciuti si scaricano entro il pericardio, gli ascessi al fegato, alla milza, l' ecchinococco ecc. son tutte cause atte a produrre flogosi pericardina.

8. Questa flogosi occorre frequentissima dai 15 ai 30 anni: e ne sta la ragione (per quel ch' io ne penso) nell' essere il reumatismo e la tubercolosi le due malattie che prestano un assai forte contingente alla pericardite; deve essa in quelle età raggiugnere il *maximum* per ragioni intrinseche ed estrinseche conseguitandone un terreno, come suol dirsi, bene apparecchiato a' semi, e ad infiggersene le radici. *Lebert* (p. 595) ne dà la seguente proporzione: 1/10 ne' primi 15 anni; dai 16 ai 30 6/10; 3/10 dai 31 alla decrepitezza. Niuna età ne è risparmiata; di fatto *Bamberger* la incontrò in un individuo ad 86 anni; e ne' fanciulli, contro l' avviso di *Rilliet e Barthez;* la vidde molte volte *Virchow* combinata a pneumonite. Rispetto al sesso, *Bamberger* opina, che assalga il maschile assai più del femmineo (38 25). Però *Lebert* non ammette cotanta differenza, avendo di 42 casi, vistine 21 ne maschi, 19 in femmine, e 2 in bambini, ne' quali il sesso ha poco, o niun valore. Finalmente prima ch' io venga ad altro vo' aggiungere: che *Trécour* ed *Hubert* osservarono un' endemica invasione di pericardite nelle truppe che guarnivano una fortezza, e la attribuirono al freddo ed a cattiva alimentazione — L' autopsia ne chiarì la pericardite purulenta con pneumonite.

CAPITOLO SECONDO

Anatomia patologica.

9. Il rossore, cui prende parte il pericardio quando infiamma è intensamente vivo per l'iniezione de' capillari, che a mo' di rete si spargono nel tessuto sottosieroso, e manifestasi ora diffuso, uniforme, ora circoscritto, disposto a macchie, a punteggiature, a striscie, e dà alla lamina sierosa l'aspetto d'un veluto rosso. Se di acuta la pericardite passa in cronica, il rossore perde molto di sua vivacità, pende al cupo, e talvolta al colore della corteccia di cannella. Quando abbia luogo per cause indipendenti da flogosi (vizi valvolari, scorbuto, porpora ecc.) non si confonde, lievemente sfumandosi col normale colorito circostante, ma come semplice suggellazione ha contorni più risentiti; e, se il sangue da lungo tempo non ingombri i vasi, e vi ristagni, può accadere pur nella flogosi, che il rossore tosto dopo morte smonti, impallidisca, e resti più circoscritto per essere il sangue espulso dai capillari, per la elasticità residua del tessuto, come vedesi bene e spesso sulla mucosa laringea compresa da flogosi. Il modo col quale si compie l'iniezione capillare è il seguente: il corso normale del sangue ne' capillari è placido, uniforme, e continuo; senza sistole, e senza diastole pel restituir che fanno le arterie al sangue, in grazia della semplice loro elasticità, e per l'urto che n'ebbero nell'esserne penetrati. (*Virchow*) Senza che nei capillari è pur lenta d'assai la circolazione; non solo perchè la velocità del circolo in genere diminuisce passando dai vasi maggiori nei minori *(Vierorw, Volkmann ecc.)* ma sì bene perchè i globuli v'entrano ognuno alla sua volta in fila, e non nuotano nel siero alla libera. Infiammando una parte, il circolo che prima v'era spedito, incontra

turbamenti ed irregolarità: il sangue ne' capillari perde il suo moto uniforme, e progredisce ad ondate: acquista poi un moto di *va* e *viene*, che rendesi a poco a poco più debole, finchè s' estingue, onde la stasi. I capillari carichi a ribocco di globuli sanguigni si dilatano, giungono a tre o a quattro tanti in grossezza *(Vogel);* e talora alcuni vasellini ci si scorgono ad occhio nudo, che prima non erano visibili; al qual vero affidavasi *Lobstein* come a prezioso mezzo per distinguere i rossori cadaverici dagli infiammatorii. Il microscopio vi scopre ancora vasellini di nuova *formazione.* Le ecchimosi poi, di cui vedesi talvolta cosparso il pericardio, dipendono immediatamente da sangue stravasato nella spessezza del tessuto per rottura di vasi, essendosi di già riconosciuto che stravaso od emorragia per *diapedesi* sembra impossibile. Il pericardio imbevendosi di siero si rammollisce, e più facilmente si lacera, e pel distacco del suo epitelio perde la propria lucentezza; s' opaca, s' intorbida, copresi di finissimi villi, i quali traggono origine dal lussureggiare del tessuto connettivo. Le prolificazioni villose riescono talvolta a saldare le lamine pericardiali fra di loro, come dirò in appresso. Credeasi ne' tempi andati che siffatte concrezioni provvenissero da un blastema amorfo (linfa plastica) il quale versatosi entro i pori delle sierose, fosse atto ad assumere forma organizzata col produrre cellule fusiformi, e convertirsi in tessuto connettivo. Questa opinione non piacque a *Foster*, e fu rifiutata da *Rokitanski. Virchow,* da poche eccezioni in fuori, in luogo della linfa plastica, del blastema, o dell' essudato pose il tessuto connettivo co' suoi equivalenti quale *germe comune*, e che ne nascesse *lo sviluppo delle parti di novella formazione* (1).

---

(1) La Patologia cellulare ecc. tradotta dal Dott. Mugna — Milano 1864 — p. 309.

Trattasi quindi d'un essudato parenchimatoso (nutritivo) oltre al quale si può deporne uno interstiziale, nel che stà il versamento nel sacco del pericardio. (1).

10. Due sono le cose in proposito degne di nota: 1.ª la quantità: 2.ª la qualità. La quantità ne è variabilissima; sicchè da pochi decagrammi può montare a parecchi ettogrammi di peso. *Corvisart* riferisce un caso in cui il pericardio conteneva presso che due *pinte* di liquido siero-purulento; *Louis*, *Hope*, ecc. citano consimili fatti. *Andral* (2) all'opposto vide morto di pericardite un fornaio, che all'autopsia mostrò il pericardio vuoto di liquido: tutt'al più vi avea un'oncia di *sierosità verdastra*: dal che volle concluso: la *mutezza* del suono indicata come uno de' segni caratteristici di pericardite non essersi potuta avere in quel caso. Nell'essudazione oltremodo copiosa il pericardio si distende, e può da solo riempire un terzo od anche la metà del torace: *(Verardini)* il cuore trovasi nuotante nel liquido, e n'è compresso, ed il polmone sinistro rincalcatone all'insù. Quando invece la quantità del liquido sia scarsa, il cuore, obbedendo al suo maggior peso specifico, scende in basso, almeno per quanto glielo concedono i legamenti cui sta sospeso; ed il versamento radunasi attorno alla base cardiaca ed all'origine de' grossi vasi. Questa è regola che non patisce eccezioni, sì veramente che non venissero da alterazioni anatomiche antecedenti (aderenze).

---

(1) *Virchow* assegna due modi d'origine alla flogosi. 1.° il processo si ordisce nell'interno del tessuto alterandone gli elementi senza che avvenga trasudamento libero, (flogosi parenchimatosa): 2.° trapela dal sangue maggiore, o minor copia di liquido acquoso, (siero) il quale reca alla superficie dell'organo le particolari materie formatesi entro il parenchima in grazia dell'irritazione del tessuto: (flogosi essudativa — secretoria).

(2) Clinique médicale. Paris. 1840 — Obs. 1. — Tem. 3 p. 2. —

Volgendo il discorso alla *qualità*, è da sapere in prima, che l' effusione pericarditica, sebbene provvenga ognora dalla stessa causa (pericardite essudativa) offre differenze d'alto rilievo rispetto alla sua composizione, ed al suo valore pronostico. È noto, che il versamento pericardiale può essere schiettamente fibrinoso, contenere *cellule di pus* in buon dato, trasmutarsi in *icore* per chimiche decomposizioni, ed arricchirsi di *sangue* pel facile lacerarsi in ispecie de' vasellini novellamente formatisi, forniti di sottili e fragilissime pareti, e sparsi sullo strato di tessuto connettivo, che lussureggiante prolificasi dal normale (1). Di che senza più, e con poche parole, m'accingo a notarne i caratteri anatomici.

11. *L' essudato fibrinoso* ti si offre in sulle prime come uno straterello sottile tendente al giallagnolo, od al giallo rosiccio, che si tiene scarso per poco tempo, e non tarda guari a separarsi come il sangue in una parte liquida, (siero) ed una solida (fibrina). La fibrina si deposita sulle lamine del pericardio disponendosi ora a guisa di rete, ora inegualmente a scabrosità culminate, quando alla foggia di ragnatela, che dall' un de' fogli si diparte per raggiunger l' altro, quando a forma più bizzarra. Ciò valse al cuore il nome di *irsuto*, di *villoso*, *(cor irsutum, villosum ecc.)* con tutte le similitudini, onde si è cercato

---

(1) A queste forme ***Bamberger***, che nell'essudato fibrinoso vede il tipo fondamentale (Grundtypus) di tutte le altre, ne aggiunge un' ultima, la quale a suo dire altro non sarebbe, che un ulteriore metamorfosi dell' essudato fibrinoso, non del tutto riassorbito nè *organizzato*, e consisterebbe nel deposito di massa *tubercolare*, o *cancerosa* nel medesimo: dovrebbe andare disgiunto dall' isolata presenza del tubercolo e del cancro nel pericardio, e potrebbesi sospettare allorquando sia comprovata la tubercolosi, od il cancro in altri organi, e la pericardite duri da tempo abbastanza lungo per aver potuto patire la *metamorfosi* specifica dei due neoplasmi. V. le opere citate, e massime la Memoria del *Verardini*.

di vieppiù ritrarlo al vivo. *Niemeyer* lo rassomiglia ad una spugna tagliata: *Bouillaud* ad un favo di miele; e *Corvisart* non seppe meglio dipingerlo, che paragonandolo al secondo stomaco *(reticolo)* de' ruminanti. Vi fu chi disse avere somiglianza alla lingua del gatto, a quella di bue, all' ananasso, al frutto del pino, alla mucosa della cistifellea, ad una congerie di piccoli vermi, o bruchi di terra ecc. A interder come ciò avvenga, bene, e sentitamente osservò quel vivacissimo ingegno di *Hyrtl* (1) esser d'uopo aver l'occhio al modo onde compiesi la contrazione cardiaca. Io non voglio rifarmi su quanto distesamente ne scrissero i Fisiologi abbandonando il discorso ad una lunga digressione: mi basti il fermare: che le contrazioni ventricolari accadono nel mentre che le orecchiette si dilatano, e così viceversa: che il pericardio per le aderenze al diaframma, ai grossi vasi, ed alla parete toracica anteriore non può esattamente accomodarsi ad ogni forma che il cuore alternativamente piglia ne' suoi moti continui; e che però il liquido entro il sacco pericardiale rifugiandosi senza posa in que' piccoli *vacui* che nascono, rispondenti a' ventricoli quando le orecchiette sono in diastole, alle orecchiette quando i ventricoli si dilatano, è in un continuo andirivieni. La teoria di *Laennec* delle due superficie unte di burro, che bruscamente si staccano cade quindi da sè, e resta con ciò spiegata l'origine di quelle villosità, di que' fiocchi d'essudato, che talora han pure luogo su parti di cuore, che non istanno punto in contatto del pericardio (interna superficie delle appendici auricolari ecc.).

12. La quantità poi di fibrina nell'essudato è variabile,

---

(1) Manuale di Anat. topografica ecc. trad. dal dott. *F. Roncati*, Milano 1858, Tomo 1.° p 364.

al sommo, ed a renderne conto aveano ricorso i Medici che furono alla diversa crasi sanguigna. Rafforzati in tale opinione dal poterne coll'analisi dimostrare un aumento nel sangue (iperinosi) si teneano saldi campioni d'una dottrina, che battuta nelle sue fondamenta doveva inevitabilmente crollare. *Virchow*, cui la scienza va debitrice di belle scoperte, non s'appagò di quella teoria; e con fino e retto accorgimento diedesi a tutt'uomo a novelli studi colla viva brama di raggiungere un punto non mai prima di Lui toccato, e lo raggiunse. Posta l'ardita ipotesi, che il tempo dimostrò verace (1) « la fibrina prin» cipalmente ove si presenti nelle parti del corpo fuori » del sangue non è a considerarsi comé un prodotto lo» cale » (p. 130) la dottrina fondata sulla diversa crasi sanguigna restava profondamente mutata; perocchè là dove l'alterata mistione sanguigna aveasi in conto di fenomeno preesistente alla flogosi, ora si tiene quale anomalia consecutiva alla medesima, qual'effetto del processo irritativo (movente primo della flogosi, *Virchow*) e che induce le parti elementari organiche a produrre esageratamente la così detta Sostanza *fibrinogena* (Bradi fibrina del prof. *Polli*) di cui buona parte accolta dai linfatici versasi nella torrente sanguigna, e vi cagiona la iperinosi.

13. Nell' *essudato purulento* le giovani cellule, che trovansi scarsamente miste all'essudato siero-fibrinoso, e cui conferivano quella lieve tinta di color paglia, aumenta-

---

(1) Non posso qui riepilogare le molte ragioni addotte dal *Virchow* a conforto delle sue vedute: non voglio però tacere un fatto importantissimo d'oculistica. Nella cheratite flemmonosa, osservando ad occhio armato col microscopio una sezione di cornea, scopresi fra le altre cose una materia coagulata con apparenze amorfe o di finissime fibre — È fibrina — La mancanza de'vasi assicura non poter essere, se non se il prodotto locale dell'irritazione flogistica.

no d'assai, e ingialliscono il versamento. Il liquido è ad apparenza sierosa, opalino, simile a tenue marcia; ed i precipitati di fibrina tingonsi in giallo, rammollisconsi, perdono la elasticità loro, e possono avere sembianza di poltiglia. Talora negli strati sotto-sierosi del pericardio veggonsi qua e là focolai purulenti, che debbonsi bene distinguere dalla vera e rarissima purulenza del pericardio, E incontra pure, che certe flogosi pericardiali (forma cronica, nella septicoemia, nella febbre puerperale ecc.) hanno molta tendenza a produrre cellule di pus, sì che l'essudato di recente deposto, può già dirsi purulento.

14 L'*essudato icoroso*, pur esso rarissimo nel pericardio, è fetido, di color sbiadito, e può andar commisto ad avanzi di essudato purulento, emorragico, ecc. il che significa, che la parte d'essudato putrefattasi bastò per la rapida dissoluzione a spegner la vita. Alcuni avvisano che nella septicoemia potrebbe fin dall'origine depositarsi icoroso; ma sembra più consentaneo al vero tenerlo nato sotto condizioni generali o locali che favoriscono la *icorizzazione*: tali, le costituzioni malandate, la degenerazione cancerosa ecc.

15. L'*essudato emorragico* nasce per la rottura de' capillari, ed, a seconda della quantità del sangue effuso, il versamento acquista un colore, che dal *rosa-pallido* può giungere al *rosso-cupo;* e che non si limita alla sola parte liquida, ma tinge i precipitati fibrinosi, ne' quali per l'ordinario non s'addentra di soverchio. Dipende molte volte da stasi generali, come scorbuto, tubercolosi, *(Verardini) morbus Bright*, ecc. e ancora non sono molti anni che in Russia (1) osservaronsi casi frequentissimi di es-

---

(1) Kiber — Medicinische Zeitung Russlands — 1847 N. 20 25 (Canstatt 's Rahresbericht pro 1847)

sudati pericardiali emorragici, che, parve, fossero legati a scorbuto, ed a stati affini *(Verardini)*

16. Posto a parte il discorso degli essudati per volgerlo ad altre anatomiche alterazioni, mette bene l'avvertire: che non è raro l'abbattersi in macchie d'un bianco-opalino, che han l'aspetto d'essere quasi incollate sul pericardio da cui vien fatto staccarle, e che presentano ben molte varietà rispetto al volume, alla estensione, al numero, alla forma, alla superficie loro ecc. Esse prevalgono più nel nostro sesso, che nel gentile, per quanto ne raccolse *Bizot*. Di fatto Ei le trovò 31 volte nell'uomo, 14 nella donna. In oltre non gliene occorse caso innanzi i diciott'anni. Però *Hodgkin* una n'osservò in un bambinello a dieci settimane; ed il prof. *Augusto Förster* ne vidde in fanciulli non peranche giunti a' cinqu'anni. Codeste macchie, cui s'impose il nome di macchie bianche (maculae albidae), di placche lattee *(taches ou plaques laiteus)* di macchie tendinee (Sehnenflecke) preferiscono la lamina viscerale del ventricolo sinistro, e vanno distinte da certi opacamenti per solito diffusi, che tornano di niun valore, e che debbonsi ad insignificante aumento di volume della superficie sierosa. I meno moderni le diceano « essudato organizzatosi » e *Bizot* meglio che da flogosi le ripetea da nutritiva alterazione, da trasformazione lenta del pericardio, che perciò scapitava nella sua spessezza e trasparenza; ma che indubbiamente constano di vero tessuto connettivo recente, che lussureggia dal normale per flogosi nutritizia, per pericardite che si potrebbe chiamare secca ad esempio della pleurite dello stesso nome.

17. Le prolificazioni villose venendo, secondoche dissi a durevol contatto, si saldano, ora a punti staccati, ora estesamente a tutta la sierosa; e l'adesione, quando fu generale ed intima, trasse perfino erroneamente a credere alla assoluta mancanza del pericardio. Gli strati adesivi

talvolta sono soffici, elastici, talvolta sodi, robusti, tenacissimi; sicchè a staccarli fa d'uopo di una certa violenza. *Hope* narra d'averli visti così sottili che riesciva difficilissimo a separarne i fogli pericardiali, anche coll'aiuto del coltello anatomico. Quando sieno parziali, i continui moti del cuore giungono più volte a foggiarli, stirandoli, a fettuccie, a cordicelle, a briglie biancastre, molli, lacerabilissime, che rotte restano coll'un de' capi adese alle opposte superficie pericardiali, e a penzoloni coll'altro. Nelle aderenze parziali, ne' *vacui* liberi raccogliesi il versamento, che, non assorbito del tutto, può trasformarsi in poltiglia cretacea; ed essa per deposito di masse calcari porge l'aspetto di sode concrezioni; e veggonsi come infossate nel pericardio; e ne'casi di adesione estesa e soda coi *fogli* pericardiali grossi di pseudomembrane o di depositi calcari; il cuore ti si può offerire in apparenza di racchiuso in un guscio, come apparve pel fatto descrittone da *Laennec*. Altre varietà, nè meno importanti, furono pure osservate. *Bamberger* vide una incrostatura che misurava più linee di spessezza, e copriva, come usbergo, la maggior parte del ventricolo destro, colla sua orecchietta: *Louis, Gendrin, Bouillaud* ne citano esempi somiglianti; e ad uno singolarissimo accenna il Prof. *Carlo Rokitanski* nel Vol 2. della sua grand'Opera — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie* — là dove parla della pericardite. Eccolo. Nel Museo Patologico di Vienna si conserva un pericardio, che diè a credere ad un versamento dapprima siero-purulento, e soggiacque poi alla seguente strana metamorfosi. Il cuore sinistro in tutto il suo ambito è intimamente adeso alla sierosa pericardiale: nella parte che risponde al cuore destro raccoglieva un fluido biancastro, torbido anzi che nò, simigliante al latte di calce. La superficie interna del pericardio (ed il foglio esterno sopratutto) offresi parte incrostata di materia a sembianza di

smalto in polvere, e parte vestita d'un bianco intonaco e levigato, sì che par gesso.

18. *Gendrin* aggiunse alla pericardite un'altra forma speciale, e la nominò *fibro-pericardite.* Ma questa frase, e l'opinione significatane non furono accolte da niuno, per quanto almeno è a mia notizia. Le alterazioni anatomiche della compage fibrosa possonsi guardare come effetti parziali della pericardite in genere; e rispetto al punto di vista clinico male saprebbonsi trovare argomenti e prove a conforto di un tale parere; non essendo per fermo capaci di tanto valore i sintomi avuti dal *Gendrin* a patagnomonici della fibro-pericardite.

19. Vuolsi considerare ancora: che la pericardite può essere parziale, e che le macchie tendinee il più delle volte ne sono l'effetto; allora essa predilige l'origine dell'aorta, e dell'arteria polmonare (*Virchow*) su cui non di rado si continua il processo flogistico, e predispone ad aneurisma. Però, sia che abbia a cader sott'occhio in soggetto coltone di recente, e venuto a morte per qualche altra infermità, sia che alla sezione riconoscasi l'aneurisma di tempo remoto, è sempre di *subordinata* importanza clinica, onde non vi spenderò altre parole.

20. Finalmente dando una rapida occhiata alle alterazioni anatomiche prodotte dalla pericardite in altre parti, primo a pararcisi avanti è il mio-cardio, pregno di siero, molle, rilassato, ed a più tanti se l'essudato tenea del purulento o dell'emorragico. Trovansi poi, ma non si di frequente come danno a credere i Medici Francesi, vizii all'endocardio, alle valvole cardiache, ai grossi vasi, tubercoli al polmone, traccie di reumatismo alle giunture, più di rado pleurite, pneumonite, *morbus Bright*, e solo eccezionalmente il tifo. Il nervo frenico fu visto di recente infiammato, e cinto di cellulare; indurito *(Lebert)* una volta in chi avea patito acerbo dolore al collo sini-

stro, e alla spalla del medesimo lato. L'edema della glottide fu altre volte di mortale complicazione alla pericardite. In poco tempo ei può porsi in sodo; molteplici poi, e svariatissimi sono i guasti anatomici che alle diverse complicazioni risalgano, siccome il fatto mostrò, ed era da prevedersi anche pel semplice lume del raziocinio.

CAPITOLO TERZO

Sintomatologia.

21. L'esame obbiettivo, condotto con severa diligenza, ci pone in grado di ritrarre il quadro sintomatico della pericardite sì bene al vivo, quanto essere possa il più; per ciò e ad esso, e poscia al subbiettivo mi accingo, e me ne cade l'obbligo. L'*ispezione*, finchè la malattia esordisce, o la quantità dell'essudato è scarsa, o se in abbondanza, purchè in soggetto di età inoltrata, nulla ci scopre di peculiare; ma se all'opposto l'essudato è copioso, e l'individuo assai giovane, quindi a costole cedevoli, avviene alla regione de' precordi una maggiore curvatura, e vi si dà talvolta a vedere una prominenza bene spiccata degli spazi intercostali, ed uno scarso partecipare de' medesimi a' movimenti respiratori. Alcuni, se non erro, per deduzioni teoriche, più che per pratica osservazione, hanno asserito: che negli spazi fra le coste avverasi un visibile moto ondulatorio, quale sincera espressione, a loro avviso, dell'agitarsi del liquido in grazia delle ritmiche contrazioni del cuore. Ma chi ben guardi, scorge non essere la cosa così; che non può cotesto sintoma giammai avvenire ove ad abbondante essudato liquido non si accoppii ipertrofia, o per lo meno esagerata cardiaca attività. Altri disse: che alla detta regione, ne' casi gravi, aveasi edemazia cutanea; la qual cosa v'ha chi mette in

dubbio, e chi nega di riciso: io la vidi in pericardite legatasi a *Morbus Bright* estesa a tutto il corpo: era un vero anasarca, allo sviluppo del quale l'infiammazione del pericardio non potea aver nulla, o quasi niente influito. E qui innanzi tutto conviene osservare: che la pericardite, e con essa la nefrite crouposa (malattia di *Bright* acuta) tengono l'edema dall'accresciuta pressione intravascolare; ma così non già la nefrite parenchimatosa (malattia di *Bright* cronica) che lo ripete dall'idroemia consecutiva alla continua perdita di albumina. Il sangue povero di questa sostanza proteica, negli spazi interstiziali de'tessuti, ben di leggieri dà luogo a' copiosi trassudamenti, di cui in circolo torna solo una ben piccola parte, per ragioni che qui non è mestieri spiegare.

22. La metà sinistra del torace, quando il polmone sinistro resti compresso da copioso versamento, prende minor parte alle escursioni respiratorie; e ciò anche meglio, se alla pericardite si congiunge ipertrofia di cuore, od eccessiva dilatazione dell'orecchietta sinistra; chè nell'un caso e nell'altro il sinistro polmone, od il suo bronco ne restano compressi ed impediti ad accogliere in quella giusta misura l'aria che altrimenti farebbero. Ci si abbia l'occhio come ad una fra le condizioni della dispnea. — Se l'essudato pericardiale sia abbondantissimo, o duri da lungo tempo, o tenga del purulento, ne soffre il diaframma, cui può venirne paralisi; in tal caso vedresti all'epigastrio un rientrare della parete, se il malato inspira, ed uno sporgere quando espira.

23. In principio di malattia le pulsazioni cardiache sono visibili, e talora in sede non ordinaria; come, se il cuore è grandemente ipertrofico, possono restare scoperte a morbo anche inoltrato. Se poi si desse caso che il cuore in seguito a precessa pericardite, o in virtù d'aderenza dei *fogli* pericardini fosse colla sua base fisso alla co-

lonna vertebrale, e con parte di sua anteriore superficie dappresso alla punta avesse contratte adesioni colla parete toracica, questa nell'atto in cui cadrebbe la sistole per l'accorciarsi del diametro verticale del cuore rientrerebbe offrendo sincrono alla diastole un apparente rialzo. Analoga disposizione di movimenti nell'ulteriore decorso della malattia, qualche rarissima volta si è osservata all'estremità inferiore dello sterno.

24 Veduto un infermo e ricercatolo ben a fondo, collo sguardo spingansi oltre le nostre indagini, ed il tatto ne soccorra di non poco. Nei primordii del male, per lo stato irritativo in cui versa il cuore in grazia della flogosi del suo involucro sieroso, incontrasi una gagliardia nell'impulso cardiaco, che è un po' più esteso, spesso irregolare, ma che non tarda guari a smettere da cotale intensità, vuoi per l'essudato liquido che si raccoglie fra il cuore e la parete toracica, vuoi per la diminuita forza contrattile del centro circolatorio, salvo se il cuore è tocco da notabile preesistente ipertrofia; perciocchè allora conserva il suo urto risoluto ed energico; ed è secondo ragione: diffatto, se l'*indurimento*, o *la maggior convessità sistolica della punta cardiaca*, da cui dipende l'urto sistolico del cuore contro il torace *(Kiwisch)* può in parte esser vinto in un cuore normale dalla pressione di un copioso essudato pericardino sì da non palesarsi con effetti sensibili all'esterno, qual'è cosa più naturale che un cuore ad *assai grosse pareti per l'aumento di numero o di volume delle sue normali fibre muscolari*, non soprafatta la sua grande energia sistolica dalla pressione dell'essudato, che poi non può crescere più che a tanto, seguiti pur tuttavia a far sentire esteriormente il suo impulso?

25. Accade qualche volta, e n'è segno preziosissimo, che il battito scompare di repente alla mano esploratrice,

che da prima lo sentiva ben distinto, e talaltra che è sensibilisso se l' infermo s' incurva all' avanti, o giaccia, mentre standosene supino, o non si ha punto, o solo debolissimo. Alcuni fidandosi a ciò posero: fosse sintoma patognomonico di pericardite il mutar sito dell' impulso cardiaco, col mutare decubito: ma non v' ha dubbio che a ben altro avviso si sarebbero appigliati, se avessero posto mente all' essere il cuore anche nei sani dotato di mobilità, come *Latham* fu primo, e più di recente a dimostrarlo *Gerardt*. Il batter del cuore poi risponde, giusta il suo costume, più al basso ed a sinistra del normale, o perchè i vasi, cui stà sospeso sonosi rilassati per la pressione che l' essudato esercita sulla base, o per la più profonda giacitura cui venne il diaframma, o per ambedue coteste ragioni. Può anche avvenire, ma ne è raro il caso, che essendo il pericardio disseminato di asprezze, la quantità del liquido insufficiente ad impedirne il soffregamento, ed il cuore raddoppiando d' energia contraendosi, la mano esploratrice scopra un lievissimo rumore di raspa, uno schricchiolio, uno strofinamento. Non monta l' aggiugnere, che mancando pur una delle suindicate condizioni è opera vana l' attendere che si formi quel senso di ruvidezza. Ci fu ancora chi accennò ad una specie di fluttuazione negli spazi intercostali, e credette di poterla spiegare a capello, traendola dall' agitarsi del liquido ad ogni contrazione di cuore; nè io me ne arrogo il giudizio; ma stommi volentieri con chi l' ha per un asserto tutto gratuito cotesto fluttuar negli spazi intercostali, non entrandone garante una casta e severa osservazione, cui deesi raggiustar per appunto ogni teoria, se non vuolsi alla nuda verità de' fatti sostituire il fascino di speciose dottrine. Finalmente accade, quando in peculiar modo sia presa da flogosi quella porzione di pericardio che riposa sul diaframma, che il palpare la regione de' precordi risveglia le più volte dolore, augustia, oppressione.

26. La *percussione*, finchè nel sacco pericardiaco non s'aduni liquido in buon dato, nulla offre di anormale; ma ciò non appena avvenuto, ecco il pericardio distendersi aumentando l'area dell'ottusità cardiaca, la quale assume una forma bene caratteristica. Dessa è di triangolo a base in alto, e ad apice in basso quando sia la pericardite sulle prime, o l'essudato scarso; di triangolo riverso nelle condizioni opposte; ed eccone il perchè. Raccogliendosi il versamento innanzi tratto alla base del cuore attorno a grossi tronchi vascolari, il pericardio si distende, ed il cuore pel suo maggior peso specifico ne tiene lo spazio inferiore: viceversa nella crescente quantità d'essudato, questo obbedendo alle idrauliche leggi cala al basso, ed effondesi fra il pericardio ed il cuore, il quale immersovi sta come a nuotarvi; di che la figura che salta agli occhi è la stessa del pericardio. Il triangolo ha base orizzontale che si diparte dalla linea mammillare sinistra allungandosi fino alla parasternale destra; e talvolta più oltre da toccarne la papilla mammaria; il lato alla dritta suol cadere quasi a piombo, per lo più largo, prolungarsi del margine polmonare destro: il margine sinistro corre obbliquamente d'alto in basso, di dentro all'infuori, e ne raggiunge la base ad angolo più o meno acuto. Il vertice del triangolo, quando il versamento soperchi, risponde al secondo spazio intercostale sinistro; e l'apice smussato misura per l'ordinario 25 35 imllimetri di larghezza: la base stà a livello della 6 7 costola sinistra, donde prolungasi a pari altezza nel torace a destra. Però, se la copia del liquido effuso fosse strabocchevole, può raggiungere coll'apice l'inserzione *claveare*, e toccar colla base, specialmente, se dura da un pezzo, l'ottava costola, approfondandosi d'una maniera molto spiccata lo stomaco, ed il sinistro lobo epatico. Il quale ove si distenda troppo a sinistra, conservandosi l'essudato a

giusta misura, disturba quella regolarità di base quasi orizzontale; e torna difficilissimo determinarla esattamente. Nè sempre avviene, quand' anche l' essudato sia in copia, che possansi disegnare contorni sì bene risentiti; chè han facoltà d' impedirlo ora i margini del polmone enfisematici, o saldamenti adesi alla parete toracica; ora le parziali aderenze del pericardio, le quali non permettono al liquido di spandersi equabilmente in ogni parte; ma lo costringono ad occupare quello spazio che per la special maniera d' adesioni resta libero. Allora l' area ottusa prende una figura bizzarramente irregolare, legata alle suaccennate condizioni. L' ottusità scopresi al secondo, o terzo giorno di malattia; ed ha origine il più delle volte sulla quarta costola sinistra: solo più tardi può ravvisarsene la caratteristica forma triangolare. Stabilire quanto occorra di liquido a darvi risalto egli è impossibile; chè somma parte vi pigliano i rapporti speciali degli organi vicini. V' ha caso in cui 100 grammi di liquido bastano a far emergere un' area ottusa ben riconoscibile, mentre in altro non iscopresi a doppia quantità di liquido. Un' area ottusa che si parte dalla seconda cartilagine costale sinistra, e scende al margine inferiore del torace, e dal margine destro dello sterno tocca la linea mammillare sinistra, dice *Skoda* (1) che è prodotta da un due *Pfund* (libbra tedesca) di liquido.

27. Quando la pericardite è sullo svilupparsi, odesi non di rado un lieve rumore sistolico, quasi di soffio, sulla punta del cuore, od all' origine dell' aorta, indotto frequentissimamente *(Bamberger)* dai mutati *rapporti* nel tono tanto del destro ventricolo, che nelle membrane aortiche; e sebbene esser possa lo stesso rumore di sof-

---

(1) Abhandlung über Percussion und Auscultation — Wien 1854, 5 te Auflge. S. 311.

fregamento a grado lievissimo, può pure riconoscerne l'origine da endocardite concomitante, o dalla pressione che il liquido esercita su quella porzione d'aorta che decorre entro il pericardio: la qual cosa guida dirittamente il medico a stare in avviso, affinchè non apponga un troppo valore semeiotico a cotesto sintoma. Ed il simile dicasi della partizione del secondo tono aortico, che per non esserne ben ferma la genesi, resta tuttora a significato clinico sommamente dubbio. In questo frattempo i toni cardiaci possono udirsi normali, o rinforzati, o indeboliti, o diffusi, ed a ritmo irregolare.

28. Per poco che l'affezione morbosa segua il suo corso sentesi all'ascoltazione il più importante segno cui possiamo affidarci: il rumore di soffregamento. Questo rumore ora è come un *dolce striscio,* come un lieve *soffio,* e somiglia al dispiegare un pezzo di seta, un biglietto di banco ecc.; ora è aspro e rude, e rende quello della sega, del raschio ecc. Imitasi a meraviglia in quasi tutte le sue varietà sfregando un dito umido con più o meno forza e in varia direzione contro il dorso della propria mano, applicatane la palma all'orecchio. L'estensione cui si propaga è ben limitata; e *Stokes* afferma d'avere spesso osservato: che movendo lo stetoscopio poco più d'un pollice al di là del luogo ove udivasi chiaro, cessava affatto, sebbene continuassero distintamente percettibili le contrazioni del cuore: talora l'intensità ne è tanta da coprire al tutto i toni delle valvole. A spiegarne la genesi, *Laennec,* che pur sempre vagheggia la prediletta idea di due superficie unte che vengono a mutuo contatto e si separano con perpetua vicenda, l'ebbe per buona; e dopo Lui non pochi presi al prestigio che sta annesso ad un gran nome, od alla vivacità d'una speciosa similitudine, credettero fare gran senno ad invocarla ad ogni piè sospinto. Ma una cotale teoria fu di già a punta di validissime

ragioni chiarita erronea. Ora a buon dritto se ne assegna il modo d' origine alle consistenti scabrosità esocardiali (costituite da deposito di fibrina, di concrezioni calcari ecc. o da vere neomembrane nate da rigogliosa vegetazione dell' elemento cellulare) ed a buon grado d' energia spiegata dal cuore. *Walshe* aggiugne che anche un certo rumore può ingenerarsi negli strati di sode pseudo-membrane, le quali senza venir punto a soffregamento lo formano per una guisa di tensione e rilasciamento che s' alternano ad ogni batter del cuore: altri opina, che l' enorme secchezza del pericardio (pericardite secca) potrebbe riescire allo stesso effetto; e *Gendrin,* quasi ciò non bastasse ad assai, e non desse nell' esegerato, si spinse più oltre arditamente, e pose: che nel pericardio levigato ed umido per la semplice accresciuta energia sistolica potea prodursi un rumore. La qual cosa quanto senta d' erroneo lascio ch' altri il dica. Essendo l' essudato fuor di modo copioso, egli è impossibile che possa avvenire il rumore di soffregamento, e per la distanza, a cui sono condotti i *fogli* pericardiali; ed anche senza ciò vien meno se l' essudazione abbia natura soverchiamente sierosa, od il cuore indebolita la sua azione, o se di già siensi compiute aderenze. Accade alle volte d' osservarlo distintissimo in principio di malattia, scomparso nell' acme, e far novella mostra di sè, quando il male volge a guarigione; ed altre fiate per agglutinazioni sopraggiunte, che poi passano a saldature, svanire come per incanto, senza che aumenti d' un grammo la copia del liquido, per poi offrirsi di bel nuovo, se i coaguli adesivi si sciolgono. A lato il rumore di soffregamento puossi udire un rumore valvolare, se alla flogosi del pericardio va unita l' endocardite.

29. Toccate di volo le cose principali che da un attento esame obbiettivo possiamo imprometterci ragionevolmente, scendo in proposito ai disordini funzionali. I primi,

o i prodromi della pericardite sopraggiunta a fior di salute sono i comuni alle acute infermità. Il malato si lagna di brividi, di malessere, di peso al capo: si sente rotto della persona, inetto alle opere di mano e d' ingegno; è colto da febbre: ha sete, pelle secca, calore considerabile. In sulle prime il cuore che contraesi energicamente ha per solito una sincera corrispondenza coi vibrati battiti arteriosi, non però da potersene stare a fidanza; chè si dan casi ne' quali il polso fa spiccato contrasto colla tumultuosa azione cardiaca; e in vero questa incontrasi energica e forte, quello depresso e debole. La irregolarità nelle pulsazioni della radiale, che gli Antichi tennero in gran conto e pregio, siccome fenomeno ordinario di pericardite, per essersi in seguito a più numerose e più diligenti osservazioni riconosciuto, che non s' avvera, nè di frequente (1/5 circa de' casi) nè a lungo; ed anzi fu posto in sodo: che il polso potea offrire caratteri fra loro discrepantissimi, e mostrarsi o grande o piccolo, o molle o duro, o frequente o raro, o regolare od irregolare ecc. La frequenza ne è sommamente variabile; e mentre talora raggiunge le 120 pultazioni al minuto primo, tal altra oscilla intorno alla cifra normale. Avvenuta l' effusione entro il pericardio, se è di soverchio copiosa, e formatasi rapidamente, o grave per natura, spiega una grande influenza sull' apparato sintomatologico. Innanzi tratto comprime le orecchiette, le quali potendosi mal dilatare non accolgono tutto il sangue portatovi dalle vene in foce; di che l' alvo venoso, sì della grande che della piccola circolazione, trovasi sopraccaricato della ingrossata onda sanguigna. Le giugulari inturgidiscono, somigliano a due cordoni, e possono, sia per l' impulso della sottostante carotide, sia per un tremolio comunicato dal cuore, essere prese da movimento ondulatorio. Nè questo è il solo segno dell' *inceppato* circolo; chè la cianosi, e l' effusione sierosa nelle

maglie del tessuto cellulare ne tornano in palpabile riprova, rimontando questa all'aumentata pressione intravascolare, quella a stasi meccanica del sangue nel sistema venoso e capillare.

30. Spinto dalla copia dell'essudato il polmone sinistro all'insù, e talora compressone pur anco il destro, la superficie respiratoria diminuisce per doppia ragione, legata l'una allo stretto spazio di possibile pneumonica dilatazione, l'altra alla iperemia polmonare mantenuta retrograda dal difficile sgorgo delle vene polmonari. Oltre a che, i cospicui tronchi e rami nervosi, i quali decorrono lunghesso il pericardio restando soverchiamente stirati e compressi dall'abbondante versamento, alle suaccennate cause emo-auliche, e meccaniche se ne aggiunge altra dell'alterata innervazione, e tutte insieme valgono a renderci conto della dispnea (1). Rispetto alla quale non vuolsi tacere come il malato procacci di supplire colla frequenza alla profondità del respiro, ossia coll'introdurre di tal modo quanto basti d'ossigene ai bisogni dell'economia animale; ma ahi quante volte il misero non tocca la desiata meta! Cambia irrequieto di posizione, ora si rizza, ora si curva, e s'agita. Il viso copresi di sudore, ne diviene spaventato ed errante lo sguardo, e anche i lineamenti contratti s'atteggiano al terrore. Tu vedresti le nari dilatarsi e restringersi ad ogni respirazione, i mu-

---

(1) Gian-Maria Lancisi l'insigne Medico Romano, che meritò salire a tanta altezza di fama, fu il primo, cui balenò alla mente l'influenza delle malattie de' grossi vasi sulla respirazione; e il Forlivese *Giambattista Morgagni*, il Principe degli Anatomici, e l'Ippocrate dei tempi moderni, trattò » de respiratione laesa a cordis aut magnae arteriae intra thoracem aneurismatibus » in due lettere (17 - 18); e intorno alle cagioni disse della dispnea: « Earum praecipuae, et saepius quam aliqui putant, aut ad aquam » spectant effusam, aut ad cordis, maiorumque vasorum dilatationem. »

scoli della faccia alternare le contratture spasmodiche al rilassamento, tremar le labbra, sollevarsi violentemente le coste, raddoppiare gli sforzi i muscoli inspiratori, ed essere tutta la persona compresa da movimenti convulsivi. Il respiro affannoso è interrotto da sospiri, da singhiozzo; e l'insonnio piomba inesorabile su questi infelici. A rendere più penoso un cotale stato aggiungesi qualche volta un acuto dolore, il quale tiene sua sede, ora verso l'estremità dello sterno, ora in tutta la regione precordiale, e irradiasi quando al *cavo* ascellare ed al braccio sinistro (1), quando alla regione diaframmatica, epigastrica, ipocondriaca. Può essere intermittente, e svegliarsi come vampe di fuoco a tutta la sinistra metà del torace; può essere pungitivo, straziante, atroce sì fattamente da strappare disperate grida. I più coraggiosi al rincrudir

---

(1) *Luschka* (1852) spiegò questo sintoma col dimostrare: che il nervo frenico a sinistra, ha comune l'origine col plesso bracchiale. Per intenderne i fenomeni di azione reflessa è bene sapere, che questo nervo, di senso e di moto insieme, spiccasi il più delle volte dal quarto nervo cervicale, talvolta da solo il terzo, che è quello stesso che dà origine al ramo cutaneo del collo inviato al platismam-ioide, ed al risorio del *Santorini*, e tal'altra riceve un filamento dalla branca anteriore del quinto cervicale: indi scende diritto al dinnanzi, poi al di dentro dello scaleno anteriore; penetra nel torace fra l'arteria e la vena succlavia lasciando all'interno il pneumo-gastrico, si prolunga a destra a lato la vena cava discendente, a sinistra attraversa l'arco aortico, fornisce di sue ramificazioni il pericardio, passa al davanti della base polmonare, raggiunge il diaframma, cui abbandona de'filamenti, lo attraversa con altri, che vanno alla capsula surrenale, ed al plesso solare, che si perdono nel fegato ecc. Con ciò avrem buono in mano per renderci conto del *riso sardonico*, del *dolore* della *spalla* e fin giù al gomito, o nel *dintorno* della *scapola* in disparatissime infermità (del fegato, del diaframma, del pericardio, del cuore, delle pleure ecc.) ponendo cura che e' nascono per azione reflessa sul nervo cutaneo medio del collo, sui rami scapolari e bracchiali, sul nervo dorsale della scapola, e sui nervi sopra e sotto scapolari, per la varietà d'origine cervicale del nervo frenico.

delle fitte si contorcono, serrano i pugni, addentano un che che sia, e mordono: ma infine la violenza del dolore vince la gagliardia dell'animo, e gridano, e invocan la morte a chiudere un patire sì grande! *Mirabeau* pregava di gran cuore *Cabanis* a volerlo trarre di martirio assopendolo con generose dosi d'oppio. Se la bisogna non volge al meglio un delirio leggero e momentaneo, o violento e furioso soprapprende i malati: la coscienza è perduta, la respirazione difficile, i battiti cardiaci tumultuosi, od affievoliti, il polso piccolo e vieppiù irregolare, il viso cianotico; si freddano le estremità; e un'edema polmonare suol chiudere la scena.

31. Un sì enorme apparato sintomatico è buona ventura, che non si spieghi se non di rado, ed in quelle pericarditi accompagnate a gravi affezioni di cuore, di vasi, di polmoni ecc.: può anzi fermarsi, che una semplicissima pericardite, scevra da malattie intercorrenti mostrasi di mite aspetto: poco affanno, o nullo, niun dolore, mitissimo cardiopalmo, leggero movimento febbrile, sudore scarso, un po' di sete, anoressia, ecco tutto; e l'estrema oppressione, e il dolore intensissimo, e la dispnea, e il polso frequentissimo, e il singulto, e i deliqui, e il delirio, e la cianosi ecc. che si presero da tetre fantasie a colorire il quadro della pericardite idiopatica, che è una vera rarità, non cadono giammai sott'occhio al rompere della malattia. Cadono bene, e spesso, sotto gli occhi, a seconda delle affezioni concomitanti, e del grado di loro intensità, altre forme subbiettive ben diverse da quelle cui s'è fatto cenno. E così incontra, che talvolta s'osservano sintomi di catarro bronchiale, di edema polmonare, di pneumonite, di pleurite, di *morbus Bright,* i quali riescono sommamente a modificare l'andamento e l'aspetto del morbo. I sintomi reflessi, fuor d'ogni dipendenza dalla pericardite sogliono attenersi a gravi complicazioni,

e sono sempre di funesto valore: tali il delirio, l'intensa cefalalgia, l'ambascia estrema, l'insonnio, il sopore ecc. Alle volte si ha vomito, specialmente se l'infiammazione pericardica, ed il *morbus Bright* si collegano insieme; alle volte singulto, forse per pressione od irritazione del nervo frenico, ed altre volte, per compressione esofagea, disfagia, e perfino idrofobia, come l'ebbe ad osservare il grand'*Oppolzer* in un malato, cui il bere era causa d'intensissimi dolori.

32. La nutrizione può appena risentirsene, o restarne profondamente alterata. Questo ultimo caso avverasi di preferenza quando alla pericardite unisconsi gravi stati morbosi, come la tubercolosi, il *morbus Bright* ecc. i quali bastano a disturbare la nutrizione ne' suoi intimi processi. Ciò nullameno la stessa pericardite vale a condurre a non lievi alterazioni nutritive, e ne son prove l'edema, il dimagrare, l'impoverimento delle forze ecc. L'aspetto, e l'abito dell'infermo, lo stato degli organi digerenti e delle secrezioni, l'anoressia, l'ostinata diarrea, le innormalità dell'orina ecc. si legano per solito alle varie complicanti malattie. E quanto all'orina non é da tacere un'importante cosa atta a far presagire senza tema di coglier in fallo l'imminente sviluppo, se già ancor non avvenne, della pericardite. Ed ecco il fatto; chè a spiegarlo le ragioni teoriche finora non sono da tanto. I fosfati terrosi, che trovansi in copia per malattie reumatiche nell'orina, venendo a diminuire nel corso di reumatismo articolare acuto, nel tempo stesso che vi si presenta albume, accennano ad incominciata, o ad imminente pericardite *(Heller)* decrescente: allora tornano ad apparire nell'orina i fosfati terrosi in aumento, qual conviensi a reumatismo (1). Ciò non ha valore per l'endocardite. Fi-

---

(1) Il Prof. *Heller* fece il primo questa singolare osservazione urosco-

nalmente può accadere, che scoppiata la pericardite con veemenza s'arresti per dar in cronico. I sintomi che l'accompagnano al trar de'conti sono gli stessi che han luogo nella forma acuta; solo si mettono a sviluppo meno rapido, meno violento. L'essudato non si riassorbe per

---

pica — L'urina rappresenta tutto, o quasi tutto l'azoto introdotto cogli alimenti, e tiene in soluzione parti specifiche, che sono gli estremi prodotti della metamorfosi regressiva dei principii azotati nell'organismo (urea, acido urico, creatina, creatinina) e parti non ispecifiche (solfati, fosfati terrosi, alcalini ecc.), ed altre puramente accidentali (albume, zucchero, pus, sangue ecc.) Sarebbe un trascendere i limiti concessi ad una Nota il commetterle quello che è bisogno sapere di questo importantissimo argomento. La bellissima monografia — Sull'urina — di un illustre mio amico, il Dottor *Francesco Roncati* (che sempre rammento con vivissimo piacere e gratitudine): mandata in luce nel 1863 pei tipi della R. Tipografia di Bologna, può soddisfare all'uopo; ed è il lavoro più completo ch'io mi conosca di tal genere. Qui solo in iscorcio voglio aggiungere, essendone caduto il discorso, che nel *pronto* intorbidamento dell'urina, non appena vi si aggiunge qualche goccia d'ammoniaca, s'avrà il segno d'aumento ne' fosfati terrosi; e siccome possono anche in istato sano offrire una certa oscillazione in più o in meno, un buon mezzo per adusar l'occhio a valutarneli approssimativamente, e d'un tratto, è il seguente. In bicchieri di ugual forma e capacità si esperimenta su uguali volumi d'orina diversa colla stessa quantità di reattivo (p. es. due goccie d'ammoniaca); e dopo d'avere bene agitata l'urina si lascia in quiete: i fosfati terrosi calano al fondo del vaso per la proprietà che ha l'ammoniaca di precipitarli; e la maggiore, o minor quantità de' medesimi salta agli occhi dell'esperimentatore. Quanto all'albume, l'elevata temperatura (60° - 70°) il coagula in urina acida; e poichè unito alla potassa, alla soda, all'ammoniaca ecc. dà composti solubilissimi avrassi ad acidificare con un po' di acido acetico l'orina alcalina prima d'esporla al calore. I mezzi chimici, a cui puossi riccorrere, sono molti. Tutti gli acidi minerali, tranne il fosforico, coagulano l'albumina: fra gli *organici* solamente il gallico ed il tannico. Se l'urina albuminosa si riscalda l'acido muriatico concentrato la tinge in *rosso-violetto*, e solo in *rosso* il nitrato d'ossido di mercurio. L'ossido di rame la colora in un bel *violaceo*; e l'acido acetico col ferro-cianuro-potassico vale a discoprire ogni benchè minima traccia di albume.

intero: la parte residua può subire molteplici metamorfosi, e dare origine a svariato sindromo; e può anche restare immutata per qualche tempo, per aumentarsi in copia al riaccendersi del male. Allora, qualche brivido ne indica l'esacerbarsi; la febbre s' ha gagliarda: i sintomi pigliano vigorìa novella, poi declinano grado grado, e passano ad un periodo di calma infida, in cui tutt'al più avrai una specie di dolore sordo a' precordi, una lenta febbricciatola, ed un po' di oppressione. Quando le cose durino da lunga pezza, comincia un leggero edema a malleoli, che viene mano mano crescendo e guadagnando le altre parti del corpo: l'idrope non suole essere lontana; e la cianosi tiene già il volto.

CAPITOLO QUARTO

Diagnosi.

33. L'ipertrofia cardiaca, i tumori del mediastino, l'aneurisma aortico, le sinistre polmonari infiltrazioni, il sinistro essudato pleuritico saccato, la scolìosi, la viziosa conformazione congenita del torace per rachitide, per osteomalacia ecc. possono accrescere la curvatura, o l'ottusità a' precordi, o l'una e l'altra insieme: un margine di polmone enfisematico cacciatosi fra il cuore e la parete toracica ne vela più o meno l'ottusità, come il rantolo bronchiale secco, ed il soffregamento pleurico possono indurre il rumore di soffregamento pericardino. All'idro-pericardio vien fatto talvolta di simulare un versamento pericardiale, ed all'endocardite, ove di special guisa non ne soccorresse la percussione, di sviare il medico dal sentiero di un retto giudizio. Ora parmi si addica fissarne le differenze; e che a tanto possa bastare dar un saggio delle maggiori e costanti. Dico dunque: che nella

ipertrofia di cuore, tanto *semplice* che *numerica* (iperplasia) s'affaccia l'impulso cardiaco visibile in *più* spazî intercostali, con quello della punta locato più in basso ed all' esterno: la mano esploratrice sì ne riceve un urto energico da restarne scossa ed anche spinta, o mossa alquanto all' insù: il cuore ingrossato, aumenta i diametri, e *rinforza* i suoi toni. Nella pericardite l'occhio di rado scopre il battere del cuore, spesso la mano lo cerca indarno; e l'orecchio l'ode debole e lontano. *(Verardini)* L'ottusità foggiata a triangolo ad apice in alto, ed a base inferiore, qual' è della pericardite, manca nell' ipertrofia di cuore sia *totale* sia *parziale;* come vien meno ne' tumori del mediastino, che l'hanno a *contorni irregolari* sedente sullo sterno, e inchinevole verso l'incisura giugulare. Oltre di che il dolore costante posteriormente allo sterno, i battiti cardiaci distintamente percettibili, la deviazione del cuore con sintomi di compressione alla cava superiore, all'aorta, alla trachea, all'esofago ecc. son tutti proprii ai tumori del mediastino, non mai della flogosi pericardiale. L'aneurisma aortico si ravvisa ai sintomi di compressione alla cava discendente, alle arterie bronchiali, all' esofago, alla trachea, al bronco sinistro, al rallentamento del circolo, al *ritardo* del polso nelle arterie *lontane,* all' abbassarsi del cuore con ottusità a destra e sotto lo sterno rispondente alla terza costola, alla *caratteristica espansione diastolica,* e sebbene possa riescire a promuovere aumento di curvatura e di ottusità a' precordi, non fia mai (per quanto ne è detto) che abbia facoltà d'andar confuso colla pericardite. La quale in risguardo ad aumentata ottusità e curvatura, ha punti di contatto (e l'accennai) pure colle infiltrazioni polmonari sinistre, col sinistro essudato pleuritico saccato, colla scoliosi, e colla viziosa conformazione congenita per rachitide, od osteomalacia; ma i primi s'annunziano con *fre-*

mito pettorale, più forte, con impulso cardiaco *ringagliardito* nel sito *normale,* con suono timpanitico; e, se la porzione infiltrata tocca la parete toracica, con suono *ottuso* e *vuoto,* con *diversa* forma nell' area ottusa, con rantolo crepitante, con respirazione bronchiale se l' infiltrazione è completa, e i bronchi son pervii; il secondo distinguesi alla forma irregolare dell'ottusità, alla *migrazione* cardiaca, allo spostamento del mediastino, e quello che più rileva all' *indebolimento*, od anche alla *deficienza* del fremito pettorale; e finalmente la scoliosi sinistra e la viziosa conformazione del torace per rachitide, od osteomalacia, per quanto possano incurvare il torace, non giungono a trarre seco loro ottusità aumentata. La quale, ove realmente s' avesse, non potrebbesi forse velare da un margine di polmone enfisematico, o saldamente adeso alla parete toracica intromessosi fra questa e il cuore? Ecco nuovo dubbio, a sciogliere il quale d' uopo è avere mai sempre l' occhio all' anamnesi, alla forma del torace a botte (torace paralitico di *Traube*) dovuta principalmente all' ipertrofia de' muscoli inspiratorî, all' area ottusa diminuita nella regione del cuore, alla maggiore estensione del suono pieno, e ciò malgrado al debole mormorìo vescicolare, e a molte altre condizioni che non isfuggiranno alla perspicacia del medico; avvertendo che i segni del non completo scambio de' gas dovuto a difetto d' elasticità nelle vescichette aeree, e a distruzione di capillari, sebbene tengano dell' enfisema, possono ben anco avere la radice loro in qual' altro siasi morbo, che, sminuendo la superficie respiratoria, riesca ad arricchire d' acido carbonico il sangue impoverendolo d' ossigene. E tale per un riguardo si è l' idropericardio, cui la copia del liquido fa abilità di comprimere il polmone sinistro, cagionando dispnea, turgore delle giugulari, cianosi, edemazia ecc. come il versamento pericardiale. Ma a voler bene guardare la

cosa vedesi che l'idrope nella sierosa pericardiale *non giunge mai ad indurre il benchè minimo rumore di soffregamento:* vero è che può venir meno pure nella pericardite sia per l'eccessiva copia di liquido che non permette il contatto a' *fogli* pericardini, o sia per deficienza di depositi e delle scabrosità consistenti, sia per affievolita azione cardiaca, sia per contratte aderenze; ciò tuttavia non affievola, ma ribadisce l' asserto: che la limpidezza diagnostica quale s'attinge a'manuali, s'intorbida ad ogni piè sospinto al letto degli infermi. Dissi, ove ne cadde il destro, che il rantolo bronchiale secco, ed il soffregarsi della pleura sinistra poteano imitare il soffregamento pericardiaco. Ma quanto a *rantoli secchi* è da sapere, che son sempre di origine bronchiale, e nascono da tumefazione della mucosa, da irregolarità della medesima, e forse anche, dice *Skoda*, dal passaggio dell'aria attraverso un liquido assai più viscoso di quello che produce rantoli umidi. Gli stati anatomici che ne tornano in causa non conducono cangiamento alcuno al suono della percussione, sì veramente che il tessuto polmonare resti sano. Il soffregamento pleurico poi nasce quando i *fogli* della pleura tappezzati da fibrinosi depositi (pseudo-membrane) o fatti scabri per cellulari vegetazioni (neo-membrane) o per isviluppo di neoplasmi e degenerazioni (tubercolo, cancro, depositi calcari ecc.) vengono a mutuo contatto per li moti della respirazione (espansione e rattraimento polmonare — elevazione e abbassamento delle pareti toraciche). Condizioni e meccanismo consimili richieggonsi perchè il soffregamento del pericardio possa aver luogo; ma nell' un caso le superficie rugose toccansi in grazia de' moti respiratorî, nell' altro a cagione dell' impulso cardiaco: il primo quindi si subordina ai movimenti della respirazione, al batter del cuore il secondo; e con ciò ogni difficoltà dileguasi, tranne

se la flogosi abbia la sua sede limitata alla piccola porzione di pleura che veste il pericardio; chè allora soffregandosi i *fogli* pleuritici ritmicamente per li battiti cardiaci, s'ingenera un rumore, che ove sfugga all'influenza de' movimenti respiratorî non patendo modificazione di sorta coll'affrettarli e sospenderli vicendevolmente ad arte mal saprebbesi determinare se tragga origine entro o fuori del pericardio. In tal'eventualità gioverassi il medico d'altri criterî, più presto che fare a fidanza con un solo sintoma. Quanto alle differenze fra *peri* - ed *endocardite* sarebbe senza meno folle speranza il credere di potere per mezzo de' sintomi subbiettivi riconoscere le due malattie in esame; avvegna che se il dolore precordiale, la forte dispnea, la cianosi ecc. osservansi men di rado nella flogosi dell'involucro sieroso del cuore, che in quella dell'endocardio puossi non pertanto asserire, senza tema d'essere smentiti: che i disturbi funzionali d'ambo le infermità, quand'esistono, rassomigliano sì bene che direbbonsi nati in grazia dello stesso malore. L'esame obbiettivo ci apre all'incontro via non troppo malagevole a ben apprezzarle: vediamolo. La sporgenza a' precordi non v'è caso che s'incontri nell'endocardite, mentre vi si dà non raramente nella flogosi pericardiale: in questa avrai aumentata l'area ottusa ed a forma caratteristica triangolare, in quella giammai; chè la endocardite semplice non apporta seco aumento d'ottusità, e solo le vien fatto accrescerla quando si colleghi ad affezioni valvolari, ad ipertrofia, a dilatazione de' ventricoli ecc; ma allora ne è ben tutt'altra la forma. Difatto, se il vizio tocca la valvola mitrale od il suo orificio, l'ottusità cresce in larghezza, colpa l'ipertrofia e la dilatazione del ventricolo destro; nella direzione del diametro longitudinale, se le valvole aortiche si fossero rese insufficienti o stenotico l'orificio loro, e ciò per la ipertrofia e dilatazione del ven-

tricolo sinistro. Si ha un altro preziosissimo segno nel rumore di *soffregamento;* intorno a che parmi stia bene spendere alcune parole per chiarire a quali note il rumore pericardiaco si differenzii dall' *endocardiale.*

34. I Francesi, avuto riguardo che « l'intensità del suono è in ragione inversa del quadrato della distanza del corpo sonoro dell'organo auditivo » si ostinarono a sostenere: che cotesti rumori possono distinguersi a meraviglia per ciò solo, che i primi sentonsi vicini all'orecchio, lontani i secondi. Ma chi è che non vegga l' assurdità di questa dottrina? Un dolce rumore pericardiale direbbesi nato nel cuore, ed un aspro rumore endocardiaco nel pericardio, perchè il primo più lontano, più vicino all'orecchio sentesi il secondo. Se poi il rumore si originasse posteriormente al cuore, ed allora in realtà odesi lontano, od anche si formasse nella superficie anteriore, ma fra questa ed il torace si trovasse un margine di polmone enfisematico, una teoria siffatta guiderebbe ad inevitabile errore. Se all'invece si vuole por mente che il rumore endocardiale si propaga più o meno lungi valendosi all'uopo della corrente sanguigna, che non s'allontana dal ritmo de' toni e battiti cardiaci, che anzi tiene il luogo d'un tono, che non si modifica perchè muti posture l'infermo, che non cambia nè timbro, nè forza in brev'ora, che nella sua maggiore intensità è raro in estremo sul ventricolo destro, ed all'opposto che il rumore pericardiaco talvolta è soltanto percettibile nel sito di sua origine senza propagarsi coll'aiuto del sangue in circolo, che non dipende da alcun tono, che grandemente può modificarsi cambiando giacitura l'infermo, che alle volte in poco d'ora muta e timbro, e forza, *(Bamberger)*, che bene e spesso rinviensi intensissimo sul ventricolo destro *(Skoda)*, che non surroga li toni cardiaci, e se talora li vela la sua intensità basta a scoprirlo, avremo a

buon conto di che giovarci per non dare in fallo. E qui per vie meglio chiarire la cosa non fa di aggiunger altro, che a tanto ne basta il già detto; ma solo, prima di passar oltre, è da fermare: che tutti i sintomi hanno il loro valore; e che, se il più delle volte l'ottusità caratteristica ed il rumore di soffregamento scorgono a diagnosi di pericardite, altre fiate il farà o il rapido dileguarsi dell' impulso cardiaco alla mano esploratrice, o l'eccessiva mobilità della punta cardiaca, o la repente notabile alterazione nelle qualità del polso sopravveniente in malattia solita ad accompagnarla, od anche qualche altro sintoma, cui, per l'usato, accordasi ben poco pregio. E trovo ancora da notare che i disordini funzionali, sebbene faccian meglio lor prova nella prognosi che nella diagnosi, accadrà non di rado che ne' casi difficili, nei quali il significato dell'esame obbiettivo sia oscuro ed incerto, vuoi per infermità precesse, vuoi per complicazioni, spargeranno molto lume sì veramente, che il medico ne abbia famigliarità, e non sia schivo d'una esperienza di lunghi secoli. — Venuti poi a diagnosi di pericardite, resta a farne un ultimo passo: determinare a quale natura l'essudato tenga, approdandone assai alla prognosi ed alla terapia; di che ora scendo a dire alcun poco.

35. Un *intenso* rumore di soffregamento, specialmente se dura da lungo tempo, conduce a diagnosi di essudato fibrinoso: la ottusità molto estesa e repente con impulso cardiaco dileguatosi in poc' ora, e con debole o mancante rumore di soffregamento accenna ad essudato abbondante di siero. Cade però in taglio l'avvertire che l'azione languida del cuore, ed i conglutinamenti de' *fogli* pericardiali fanno difficoltà al prodursi di detto rumore, od anche dirittamente l'impediscono; onde a schivar l'errore che ne potrebbe nascere, e' conviene pongasi cura al pa-

tologico sviluppo della pericardite, e si ricordi: che la forza de' moti cardiaci è determinabile col toccar il polso, e col palpamento a' precordi; e che gli agglutinamenti sono rari anzi che nò in principio di malattia. A raffermarne ancor meglio la diagnosi giovano i sintomi generali e locali, le complicazioni ecc.: intensa febbre e dolore locale, quando non sia da riferirsi a precedenti stati morbosi od a complicazioni, forniscono segno d'un fibrinoso essudato, come lo fa l'essersi sviluppata pericardite in soggetto dapprima sano e robusto, durante un reumatismo, lungo il corso normale di crouposa pneumonite, di pleurite fibrinosa ecc. S' abbia però in mente che la poca febbre e il niun dolore non istanno garanti del contrario. La mancanza del rumore di soffregamento, lo sparire dell' impulso cardiaco, la debolezza nelle contrazioni del cuore contraddistinta da polso piccolo, il sopraggiungere per tempo de' medesimi sintomi, la sproporzione di questi coll' essudato esistente, l' edema cutaneo alla regione cardiaca, l' insolita sporgenza degli spazi intercostali, il notevole abbassamento del diaframma, e più d' ogni altro il morboso processo primario porgono indizii di essudazione purulenta. Allorchè poi siasi l' essudato convertito per decomposizione chimica in *icore,* il sintoma che ne può accertar l' esistenza, ma che di sovente manca, è lo sviluppo di gas entro il pericardio, il passare cioè di essudato pericardiale in idro-pneumo-pericardio. Le malattie nelle quali si può conghietturare sono la septicoemia, le affezioni settiche, il vuotarsi d' un focolaio icoroso nel pericardio, la degenerazione cancerosa ecc. Finalmente l' essudato *emorragico* somiglia ne' suoi rapporti fisici alla pericardite siero-fibrinosa; però ne va distinto pel gran pallore della cute e delle mucose, e talvolta per la strabocchevole copia di liquido. Può fermarsi in genere: che la pericardite insorta in soggetto scorbu-

tico o tubercoloso, in persona marasmatica, od affetta di cancro, o presa da *morbus Bright*, o colta da vaiuolo emorragico, o da scarlattina con petecchie, sa di emorragico.

CAPITOLO QUINTO

Durata ed esito.

36. La pericardite può avere tre importantissimi esiti: 1°. Guarigione; 2°. Malattie consecutive; 3°. Morte, de'quali pure succintamente, passo a trattare. E secondo l'ordine naturale ed il prestabilito comincio dalla *Guarigione (Sanatio)* detta anche impropriamente *restitutio ad integrum;* e relativamente al mio tema avverto dimostrato dai fatti che le pericarditi leggiere volgono a guarigione fra gli 8 - 14 giorni, e che primi a dileguarsi sono i sintomi subbiettivi: resta un avanzo di dispnea, di cardiopalma che gradatamente si perde. Col diminuire della sporgenza a' precordi e dell' ottusa area cardiaca coincidono l' *aumento* della diuresi pel *ritorno* a normalità della *pressione* intra-arteriosa, col rendersi più *libero* il circolo delle *vene,* e l' impulso di cuore più spiccato e deciso per essersi di già l' effusione pericarditica in parte *riassorbita.* L' assorbimento muove dalla parte liquida, poi dai fiocchetti fibrinosi nuotanti nel liquido, e ridotti a forma molecolare. Lo strato che erasi deposto sulla superficie pericardiaca si logora pel continuo attrito indotto dal battere del cuore, e finisce per distruggersi, e a mano a mano incontra la metamorfosi adiposa. — Nell'essudato purulento formansi entro i corpuscoli di pus molecole *grassose* che poi si distruggono, e la marcia co' suoi globuli convertesi in una emulsione composta di acqua, di grasso, di albumina, e molte volte di zucchero. Questa emulsione, che *Virchow* disse *latte patologico,* viene accolta

completamente nel circolo, ed arreca perfetta guarigione (metamorfosi adiposa) che ad agevolarne l'assorbimento contribuiscono la copia, e la natura del liquido effuso, e la varia spessezza cui giungono gli intonachi i quali tappezzano la cavità pericardiaca. E chi non vede che quanto più il liquido sappia di sieroso, ed i *fogli pericardini* sian liberi dai depositi, tanto meglio esordirà l'assorbimento favorito ancora dalla pressione che l'essudato esercita in ragion diretta della sua copia? Io lo veggo, e ne sono pienamente convinto.

37. Se la pericardite è cronica, vuoi per essersi lentamente ordita senza sintomi generali e locali di rilievo, come accade talora in quella che accompagna il *Morbus Bright*, la tubercolosi, i vizi cardiaci ecc. vuoi per essersi sminuita dopo un periodo d'acutezza e passata attraverso ulteriori metamorfosi, la durata ne è sempre lunga, ed oscilla fra uno a due mesi, ed anche più; nè rade ne tornano le recidive, e per esse rinnovasi la essudazione, la quale, giusta l'usato, sa di purulento. Non soggiacendo a metamorfosi *grassosa;* ma solo il siero assorbitosi (metamorfosi caseosa), il pus aggrinza i suoi globuli, s'addensa (*pus concrét* de' Francesi) e costituisce uno di quei processi che danno origine a' *prodotti caseosi* compresi sotto il nome di tubercolo. La quale parte residua non è più atta a vivere, e talvolta chiusa, ferma, incarcerata entro gli spazi sôrti per aderenze parziali passa in poltiglia cretacea, in sode concrezioni, in masse calcari ecc. Si direbbe guarita la pericardite sì veramente che la cosa si tenesse limitata a giusta misura; ma non così, se trasmoda; chè dà in malattia consecutiva, tali i casi toccati altrove di *Laennec*, di *Bamberger*, e di altri. La guarigione non è commessa ad una forza intelligente, saggia, e pietosa, che, visto il pericolo, accorra sollecita a porvi un riparo, attaccando e sbara-

gliando il nemico. Queste guerre guerreggiate nel campo della vita dalla natura mediatrice, e dal morbo, sono piacevolezze poetiche, sono fantasmagorie di alcuni antichi, e di *Van-Helmont*, di *Wepfer*, di *Stahl* e seguaci, che idearono l' *Archeo*, il *preside del sistema nervoso*, *l' animismo* per vivezza di mente e necessità di sistema. Valea forse la cura d' inventar l' *Archeo*, che commosso alle grida del dolore mandava le correnti sanguigne verso il punto assalito dal nemico per misurarsi col medesimo, e vincerlo? O meritava d' essere accolta sul serio l' opinione di coloro che voleano: l' anima, ove fosse avvenuta congestione, accendesse la flogosi per ardere il sangue che stava stipato ne' vasi? Il porre una peculiare forza medicatrice della natura importava il dar vita ad un essere che a sua volontà regge l' organismo, un travolgere la patologia in una confusione di miti, di sottigliezze, d' astruserie, un ingombrare di fatali errori il campo terapeutico, uno svisare la scienza medica. Le idee guerresche di due potenze avverse che si contendono il terreno e la vittoria, l' una tutta bontà, maligna l' altra, discendevano spontanee dal concetto: che la malattia fosse uno *sforzo* generoso della natura a distruggere la *materia morbosa* per la salute dell' infermo: ma, posto con *Virchow*, che « la malattia non rappresenta che uno » de' modi sotto cui può manifestarsi la vita de' corpi or- » gannizzati » (espressione che a mio parere sente molto di vago; ma che bene intesa racchiude una bella verità troppo spesso dimenticata) se ne trae: che i gruppi de' fenomeni morbosi nella loro necessaria evoluzione, spettando alla vita, debbono soggiacere alle leggi che governano l' organismo; donde derivasi che i processi di *compensazione*, come alcuni oggidì chiamano quelli che a guarigione conducono, non sono sforzi intelligenti e determinati della natura; ma sono processi

che han luogo sotto il dominio delle leggi *fisiologiche*, *morfologiche*, *fisiche*, *chimiche*, ed i quali possono ben anco attuarsi spontanei; ma il più delle volte bisognano del valido soccorso dell'arte. Laonde chiuderò colle parole dell'immortale *Maurizio Bufalini:* « Nè certamen-
» te negheremo noi al corpo infermo la benefica influen-
» za di quel grande processo d'organica ricostituzione; il
» quale ritornando mai sempre ai viventi, secondo un or-
» dine incomprensibile, le perdute condizioni organico-
» vitali, opera così al dileguarsi delle malattie, come ve-
» glia alla conservazione della vita e della salute; senza
» che un così felice risultato, dovuto manifestamente ad
» una serie ben nota di funzioni del corpo umano viven-
» te, dobbiamo noi nascondere sotto il mistero delle vuo-
» te parole di forze mediatrici, o di efficienze salutifere
» della natura; e senza che dobbiamo immaginare una
» non possibile lotta fra di esse e le influenze dell'alte-
» razione morbosa » (1).

38. *Malattie consecutive.* — L'aderenza de' *fogli* pericardiali, il rammollimento, e la degenerazione adiposa del miocardio con dilatazione passiva delle cavità destre in ispecie, i vizi organici di cuore colle conseguenze loro, che più tardi scopronsi effetto di endocardite provo-

---

(1) Sul metodo Ippocratico. Prelezione 1857. Un ben diffuso *Articolo Storico Patologico e Critico intorno alla forza della Natura medicatrice* fu dato in luce nel 1860 pel Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna - Ser. 4. Vol. XIII. p. 189 dal dottissimo mio maestro il Prof. *Camillo Versari.* Ivi con quella vastissima erudizione che gli è tutta propria, con quella finezza di stringato argomentare, e con quell'acume che tanto lo distinguono, e che niuno in buona fede può contendergli, mise sotto gli occhi dei medici intelletti il fantasma della natura medicatrice, qual s'intende dalla Restaurazione Ippocratica. È un articolo che merita d'esser letto, studiato, meditato: v'è di che pascersi.

cata dalla flogosi del pericardio sono gli stati morbosi più frequenti a susseguire alla pericardite. Fra tutti questi il meno grave è la aderenza de' *fogli* pericardiaci; chè i minacciosi sintomi, i quali rimontano a circolo impedito, non sono effetti immediati, nè costanti di tali adesioni, riconoscendo invece la causa loro in varie alterazioni delle pareti miocardiche *(Kreysig.)* Gli altri stati morbosi suaccennati dispiegano, in ragione de' guasti anatomici, un più o meno funesto influsso sul circolo sanguigno. La degenerazione adiposa delle pareti miocardiche predispone a paralisi, a rottura del cuore, e sviluppa i segni fisici dell' affievolita azione cardiaca con gravi sintomi cerebrali (apoplessia ecc.) e respiratorî (dispnea ecc.) Le alterazioni di struttura delle valvole o degli orifici cardiaci danno luogo a regurgito, o ad imperfetto passaggio del sangue. Rotto di tal guisa l' equilibrio fra quello che giunge al cuore e quello che se ne diparte, la dilatazione e l' ipertrofia cardiaca, fino ad un certo punto, compensano a quel difetto; ma in processo di tempo non rispondono più all' uopo; e quindi nascono ristagni venosi, alterazioni nutritive, alterazioni funzionali in organi di molta importanza, le quali guidano pel marasmo a morte. *(cachessia cardiaca)* Dato un vizio nel cuore sinistro, onde il sangue delle vene polmonari non trovi un libero sfogo nell' orecchietta sinistra, primo ad offrirsi alla mente è l' ingrossare dell' onda sanguigna nel circolo polmonare, e in ragione retrograda nel cuor destro e nelle cave. La disposizione anatomica delle arterie bronchiali, che mandano parte di lor sangue per le vene omonime all' *azigos,* e quindi alla cava discendente, e parte per le vene polmonari al cuore sinistro, rende conto del catarro cronico a' bronchi ed alle vescichette aeree; come il non libero vuotarsi della cava inferiore spiega la *retro-stasi* con dilatazione ne' capillari del fegato. Il quale può raggiu-

gnere per l'eccessiva ricchezza di sangue un sorprendente volume, con danno degli organi i cui vasi metton foce nella *porta*. E siccome la milza, il peritoneo, lo stomaco, gli intestini ecc. diramano i loro vasi per indirizzarli a costituire il sistema venoso addominale, che attraversa il fegato e si riassume nelle vene epatiche, le quali vanno a gittarsi nella cava ascendente, così è secondo ragione che se il circolo patisce un ritardo nel fegato, anche i vasi che vi confluiscono restino sopraccarichi di sangue; e ciò a danno de' visceri pe' quali s'avvolgono. Il catarro gastrico, l'intestinale, il tumor della milza, del fegato, i tumori emorroidali, l'idrope ascite ecc. si rannodano adunque nel caso in esame a sola una causa, dipendendo da solo un processo svolto ne' suoi stadi successivi. Un cuore che riempie di soverchio le vene a spese delle arterie è atto a produrre anemia cerebrale, cianosi, edema, idrope; come l'embolo a cagionare emorragia, ascessi metastatici, rammollimento, cangrena. E così, variando il vizio delle valvole, degli orifici, delle pareti miocardiche, ognuno può giusta la natura dell'alterazione intendere di quanta gravezza sia capace, e quale corredo sintomatico porti in iscena; e può conoscere ancora, che il precetto pronostico, vinta e doma la pericardite, non si terrà per guarito l'infermo, finchè non siensi dileguati tutti i sintomi senza essere sopraggiunta alcuna affezione consecutiva, viene d'una rigorosa aggiustatezza.

39. *Morte.* — La morte succede talora in pochi dì con un crescere spaventevole di sintomi, da far credere perfino ad un avvelenamento, come fu il caso di *Mirabeau* (1).

---

(1) Il famoso *Gabriele Onorato Riquetti* conte di Mirabeau ebbe spenta la vita da sì violenta ed acuta infermità, che fece temere si trattasse di avvelenamento. L'autopsia chiarì il fatto, e dileguò ogni ombra di delitto: la causa della morte fu la pericardite complicata a pleurite.

Andral (1) narra d'un fornaio, a cui prese pericardite che in 29 ore spacciollo. — Aumenta la dispnea, il cuore batte tumultuosamente, la fisionomia esprime grande ansietà, il polso è piccolo, celere, intermittente; v'ha cianosi. La morte è probabile che venga da paralisi cardiaca. Altre volte accade a morbo inoltrato quando per semplice progresso della malattia, quando per effetto di qualche affezione intercorrente. V'è quasi sempre edema, spesso albuminaria, non di rado congestioni polmonari, pleuriti, tubercolosi ecc.

CAPITOLO SESTO

Prognosi.

40. Il vecchio e popolare pregiudizio sulla incurabilità delle affezioni cardiache avea messe profonde radici, ed anche gli uomini di gran voce non sapeano francarsi da tale menda. *Sénac* lamentavasi, che dopo d'essersi approfondito nello studio di tali malattie (cardiache) non rimaneva che l'inutile soddisfazione di viemmeglio conoscere l'impossibilità di guarirle; e *Corvisart*, sentenziava « che il prevenire qualche volta il male credea possibile; guarirlo giammai (2) » E per non disconoscere il linguaggio

---

(1) Clinique Médicale — Tome 3. — 1. Observ. p. 3.

(2) *Corvisart* svolse questa fatale e crudele sentenza in più luoghi del suo — Essai sur les maladies organiques du coeur —: ne bastino i seguenti brani « ainsi donc, et contre l'attente peut-être de quelques uns de ceux qui liront cet ouvrage, on trouve presque partout le fatal pronostic de la mort; n'en doutez jamais lorsque la maladie sera confirmée. A peine cet adage, *principiis obsta*, peut-il s'appliquer ici. Il est possible de prévenir quelquefois la maladie, je le pense; de la guérir jamais. » E altrove « Le pronostic, dans le mal confirmé est d'une certitude malheureusement trop

de' fatti, egli, in cui l'amore al vero potea tutto, affaccendavasi a puntellare le sue erronee opinioni con distinzioni fra malattie organiche e non organiche, ed a spiegare come fra queste trovavano convenevol posto le affezioni acute del cuore — pericardite, e cardite — (1) le quali a stretto rigore non poteano schierarsi in linea colle organiche malattie!!! Tolti da quel gruppo fatale i morbi acuti parea che almeno sui medesimi dovesse cadere più mite sentenza, e raddolcirsi l' inesorabile teoria della *letalità* quanto alla pericardite; ma così non fu, ch' egli nè lasciò scritto: « È non è straordinario oltremodo, ma nullame-
» no è raro vedere la pericardite, tenuta una fra le più
» gravi affezioni giungere per gli sforzi della natura, e pei
» soccorsi dell' arte riuniti insieme ad un felice succes-
» so..... Avviene di rado che si trovi questa infiammazio-
» ne isolata da quella delle pleure costali, diaframmati-
» che, *mediastiniche,* polmonari, dalla stessa affezione di
» una parte più o meno considerevole di parenchima pol-
» monare, e della superficie del cuore stesso, che in tutti
» i casi scopri più o meno tocco da flogosi. Allora, o la
» *malattia si chiude colla morte,* o *si trasforma* in una
» di quelle alterazioni, ch' io dissi *croniche organiche,*
» come la purulenza del pericardio, le sue aderenze al
» cuore, le sue flogosi croniche, od altre » (2). Erroneo giudizio che la Scienza non tardò guari a condannare! E in vero *Lebert* ne ridusse la prognosi a seguenti termini: — La semplice pericardite reumatica, scevra da

---

grande, et que c'est alors que la verité de l'epigraphe du livre trouve son application aussi rigoureuse que lamentable ». Il motto, posto in capo al libro a cui allude è: Haeret lateri lethalis arundo - V. il disc. prel. p. XXXIII - IV, e a p. 483 dell'opera citata - 3. Edizione 1818.

(1) Op. cit. p. 417-18.

(2) Op. cit. pag. 418.

qualsiasi complicazione, ha per regola un esito felice; per eccezione un fine fatale (5 - 8 per 0/0): la pericardite che si collega a malattie gravissime trae, da poche eccezioni in fuori, al sepolcro; e conforta il suo asserto colla statistica alla mano. *Bamberger* di 63 perdette 26 pericardiaci: di 29 presi già da malori incurabili (affezioni cardiache, aneurismi, tubercolosi, cancro, morbus *Bright* ecc.) 24 morirono; e di 34 colpiti in fior di salute, o solo in antecedenza lievemente affetti, soli 2 n'ebbero spenta la vita; l'uno malato di estesa pneumonite con tifo; l'altra di pneumonite doppia — era una donna di 86 anni. — Crede *Hope*, che la maggiore proporzione possa essere di un morto sopra 12 malati (prop. 8 1/3 per cento) senza escluderne gli esiti di *pericardiàli* aderenze, e di vizi valvolari per concomitante endocardite. Aggiunge però che la prognosi della pericardite, come quella di qualunque altro morbo, scendendo diritta dallo studio minuzioso ed accurato dell'infermo, e delle circostanze in cui versa, solo tocca il punto, quando messo a calcolo l'età, il sesso, il temperamento del malato, le malattie precesse, la copia dell'essudato, la sua natura e causa della medesima, lo stato degli organi vicini, quello delle funzioni organiche ed animali, le complicazioni ecc.; e fattane ben le ragioni, lascia il campo teorico per tradursi in linguaggio pratico, ed assumere e vestire la forma individuale. Quindi la pericardite che sviluppasi in seguito a tubercolosi, a discrasie acute, a suppurazione e degenerazione delle glandole bronchiali, a carie delle costole, delle vertebre, a cancro dell'esofago ecc. che associasi a' vizi cardiaci, al *morbus Bright*, a neoplasmi, che attacca persone a malandate costituzioni ecc. è di una funesta gravezza. Un essudato emorragico, che oltre alla perdita di sangue, coglie, quasi dissi all'impensata il cuore, un purulento che ne illanguidisce le con-

trazioni, involge un pericolo che a gran pezza non può aversi da scarso essudato fibrinoso. Una copiosissima *essudazione* che contrasta la libertà de' movimenti al cuore, e spinge, e rincalca, e preme il polmone sinistro, sminuendo la superficie respiratoria, e cagiona dispnea, edemazia, cianosi, inchiude prognosi infausta. Un malato che non può darsi rovescio al letto senza minacce deliquii, o che delira, o sia compreso da edema che ogni di guadagna estensione, o che sia cianotico e dispnoico, che abbia polsi piccoli ed irregolari, versa in grave pericolo, cui pure accenna il mancare de' sintomi che annunziano l'assorbimento dell'essudato, e il volgersi la flogosi *pericardina* in cronica. All'opposto una pericardite che non trae seco cotanta imponenza, che pende ad una reumartrite in persona florida e robusta, che ha *essudazione* schiettamente siero-fibrinosa, che non nasce da morbi d'infezione, che non si complica a gravi stati patologici ecc., volge a guarigione, ed è sempre lieve cosa, od almeno non suole essere grave, per quanto le osservazioni altrui, e alcune mie lasciano ragionevolmente inferire.

CAPITOLO SETTIMO

Cura.

41. A bene istituire una cura, bisogna avere scolpite in mente le *indicazioni* cui vuolsi ottemperare. Dicea *Baglivi,* e ne avea donde, che leggermente si diportano gli scrittori, *qui libros suos remediorum formulis perpetuo conferciunt; de indicationibus vero ne verbum quidem proferentes* (1). Ma quando in un caso

---

(1) Praxeos Medicae — lib. 2. — Cap. X. § 1.

tutto speciale il diffondersi sulle indicazioni importasse meglio un *teorizzare*, che uno scendere ad applicazione pratica, e forse tale ne è della pericardite, non potrebbesi vantaggiosamente evitarne la discussione, anche per non rompere a quello scoglio che lo stesso *Baglivi* espresse di queste parole: « et si quidpiam exponunt generale » illud est, et a molesta speculationum vertigine potius » quam ex ipsa naturae plenitudine eductum? » Io credo che sì; però non altro dico se non che rimuovere le cause, combattere la malattia, infrenare i sintomi più sbrigliati e minacciosi, essere le tre principali indicazioni, che, ragguagliate all' *individuo infermo*, debbon mai sempre servire di guida al medico ne' trattamenti curativi: e per quel che ne riguarda aggiungo: che altro è pericardite (processo), altro essudato *pericardiale* (stato); e che ognuno, richiamando alla memoria quel che fu detto quanto all'etiologia, alle anatomiche lesioni, ai sintomi, al loro valore, e a tutt'altro che mirasse a bene individualizzare la pericardite, potrà abilmente condursi nella scelta de' rimedi, de' quali, senza più passo a discorrere.

42. Il salasso occupa il posto d'onore, per la maggior parte de' medici, nel trattamento delle malattie acute, in cui la rapida vivacità sintomatica soffoca di non poco l'individualismo, e richiede un pronto ed energico riparo. Si discusse di molto sulla convenienza del salasso generale e locale; e chi vuole si pratichi da presso alla parte flogosata per dare un libero sfogo all'impedito circolo; chi il più lontano possibile per deviarne le correnti sanguigne: chi a larga mano, chi scarsamente e ripetute volte: chi lo ha per l'àncora di salute, chi per uno svarione de' medici che disconoscono i progressi scientifici; ed ognuno a sua volta crede potere chiarire a punta di teorie e di cifre, che la ragione è sua, e che gli altri vivono nell'errore. Ad esaminare cotanta farragine di opinio-

mi richiederebbe recarsi col pensiero ai vari sistemi che successivamente si divisero il campo della medicina, e porre in rilievo come, ammaliando col prestigio, non facessero raggiungere lo scopo di toccare il desiato vero. Ma ciò potrebbe tornare sproporzionato alle mie forze, nè è di questo luogo; bastimi quindi avvertire: che dopo le belle scoperte del *Virchow* sarebbe senza meno errore inescusabile ricorrere al salasso colla fiducia di batterne dirittamente la flogosi, avvegna che, essendosi dimostrato che occorre anche in parti sprovviste del tutto di vasi rossi, egli è giuocoforza venir nella sentenza: che il sangue non ne è l'elemento primitivo, ma solo vi piglia parte secondariamente. Laonde riesce facile condurre al suo giusto valore la pratica di que' medici, cui è tanto famigliare il salasso e che lo prescrivono in ogni caso, e con arditezza pari all'ignoranza loro; ed io ne ho visto in alcune provincie d'Italia percorse, farnesi abbominevole abuso da non mandarne esenti i poveri tisici giunti anche all'ultimo stadio, solo perchè la febbre vespertina li consumava, e loro si arrossavano i pomelli.

Ben è vero che *Bouillaud* assicura che ricorrendo ne' primi dì della pericardite coraggiosamente alle emissioni sanguigne generali, coadiuvate dalla ripetuta applicazione di 25 a 30 mignatte si ottengono insperati successi. Ed a persuaderne svolge in mille guise i suoi pensamenti; ma quando trasse avanti con quello, ch' ei disse, suo metodo (1), e trovandosi alle strette da una palpabile evidenza, o in faccia ad uno di quei casi in cui la costante esperienza ha richiamato dietro sè il giudizio perentorio

---

(1) Questo metodo consiste nel ravvicinare le sottrazioni sanguigne più di quello che comunemente si usa, di salassare *colpo sovra colpo* (coup sur coup). Ma *Bouilland* non ne è l'inventore, come credesi dai più, essendo stato introdotto in Francia nel secolo XVI dall' Astigiano *Leonardo Botallo*.

del senso comune, non consentì giammai d'abbandonarlo, ma difilato raggiunse le ultime conseguenze di mal ferme dottrine, diè mostra d'aver forte prevenuta la mente. E così fu *di Hope*, che volea si salassasse con larga incisione fino alla minaccia d'una sincope, e non appena riavutone il malato, gli venissero applicate 25 o 40 sanguisughe; nè a ciò s'arrestasse il medico; ma intrepido ripetesse le deplezioni sanguigne per due, tre, o più volte, secondo le forze dell'infermo, nell'intervallo di otto a dodici ore; ovvero, che è miglior regola, tosto che il polso e l'azione del cuore facessero intravedere rinnovarsi la reazione; giacchè proporzionata la forza de' rimedi al vigore ed alla costituzione dell'infermo, lo scopo era di *prostrarre e di abbattere rapidamente l'azione del cuore*, e per un certo tempo tenerla abbacchiata *affine di prevenire il pericolo della reazione*. A rendere più agevole la diffusione di un cotale errore, che la Scienza in progresso di tempo volle di tutta sua possa stigmatizzato, avea potentemente contribuito la buona accoglienza che s'ebbe anche da sommi ingegni l'infelice idea Tommasiniana di vedere presso che sempre la flogosi, perfino nella gravidanza, che è cosa tutta fisiologica. Avuto riguardo alle dottrine flogistiche che allora s'avean per buone, l'indicazione stava sempre nel deprimere specialmente co' salassi per liberare il corpo dall'*esorbitante materia riproduttiva* e di largheggiare e quasi dissi di eccedere in simigliante pratica, lasciando poi il cômpito all'*ordinaria riproduzione di correggere un fallo*, che diceasi *necessario*, per impedire che gli infermi morissero coi *vasi pieni di sangue!* E perchè una cotanta insipienza medica non andasse sterile di mali frutti, ecco alla sua volta *Bouillaud* a formulare, a prescrivere, a specificare con tutta esattezza il numero de' salassi da farsi, l'intervallo da correre fra l'uno e l'altro, la quantità di san-

gue da cavarsi in un dato spazio di tempo, quando un' oncia più, quando un' oncia meno, quando a restringere, quando ad allargare il tempo che ne divide le sottrazioni, sicchè diresti piú che una cura medica aver da fare una moltiplicazione sovra una tavola pitagorica.

43. Gli uomini di scienza che reagirono a queste dottrine diedero nell'eccesso contrario, tanto è vero che non basta avere notizia degli scogli per esser sicuri di non rompervi dentro: si volle abolito il salasso; ma l'abolizione (chi nol vede?) è seme che frutta gravi danni, e toglie al medico un mezzo validissimo, e qualche rara volta unico, per sottrarre da morte imminente. Forse che non era meglio dire: non si proscriva? Non s'abbia per la panacea universale? Usiamone al bisogno, e guardiamci dall' abusarne? Io mi son valso del salasso a 300 grammi negli individui robusti, forniti di temperamento sangnigno, a volto acceso, con febbre veemente, polso celere, pieno, e dispnea, ed ebbi a trovarmene mai sempre contento. E mi parve di attignerne rettamente l'indicazione a ripeterlo più che dall'aspetto del sangue, dalle precedenze, e dallo stato generale dell' infermo. La cotenna, tenuta come l'argomento irrefragabile a favore di un novello salasso, ha per me il valore sì dubbio, da riguardarla poco meno che come ultima cosa. Infatti che è la contenna, se non uno strato di fibrina che lo siero deposita superficialmente dopo che i globuli sanguigni sono scesi al fondo del vaso? E senza andare in traccia delle immediate cagioni della formazione della cotenna, poste dagli ematologi, a scemarne il valore pratico, non basta pel medico sapere: che se quasi costantemente è propria del sangue infiammato, può pure aversi nel sangue delle gravide, dei diabetici, de' sifilitici, degli idroemici, degli scorbutici, dei tifosi, degli affetti da febbri intermittenti, da eruzioni cutanee, da *morbus Bright*, da calcoli orina-

ri, da gotta, ecc.? La deficiente ematosi, lo scarseggiare de' globuli e dell' albumina, come nelle gravide, cui inconsulti teorici prescrivono l' indispensabile sottrazione sanguigna a combatterne la pletora, l' abbondanza relativa della fibrina, come negli oligoemici, ne' dissanguati da larghi salassi, o da profuse emorragie, non sono cause potissime a produrre cotenna, e talvolta ancora alta, tenace, *scodellata,* come accade vederla nell' albuminuria? La ferita più o meno larga della vena, donde spiccia il sangue, la rapidità del getto, l'altezza da cui cade, la forma e qualità del vaso in che si raccoglie, la temperatura alla quale si espone, la prontezza con che si coagula, i salassi precessi, ed altre non poche circostanze concorrono a favorire, o a rendere difficile la genesi della cotenna. Senza che fermata la copia della fibrina quale prodotto locale dell' irritazione flogistica, come a provveduto fine accennai là ove discorsi dell' essudato fibrinoso, di quale importanza, se non secondaria al tutto, era capace la cotenna? Ma v' ha chi ben diversamente la pensa da me. Per esempio il chiarissimo *Polli* insegna di raccogliere in due vasi due piccole porzioni di sangue, l' una all' apertura, sul chiuder del salasso l' altra, paragonarle fra di loro, e se l' ultima è tarda al cominciar la coagulazione più che la prima, gli è avviso che sia indicato il ripeterlo. Io invece, secondo chè dissi, ho l' occhio allo stato generale dell' infermo, e quando osservo in un pericardiaco: cianosi, turgore delle giugulari, sintomi di compressione cerebrale ecc. che additano le grandi vene soprapprese da ostacolo al libero vuotarsi, in grazia della straordinaria pressione a cui soggiace il cuore, non esito di praticar subito il salasso, conscio per fatti, e buone ragioni, che arreca palpabili vantaggi. E ben s' intende che lo rinnovo rinnovandosene l' indicazione, la quale è più o meno precisa secondo che sono più o meno risentiti i

sintomi, a' quali m' ispiro, e me la raccomandano, sì da non rimetterla al dì veniente. E i medici pratici sanno tornare spessissimo in danno l'indugio alle indicazioni, e che quando una sia poi urgente, nè tosto soddisfatta, può correrne gravissimo e pronto pericolo la vita dell' infermo. Può tuttavia in alcun caso avvenire: che il salasso acceleri il riassorbimento dell' essudato, perchè il sangue impoverito d' acqua la tira a sè da tutte le parti, e probabilmente i diuretici, ed i drastici agiscono consimilmente; il che sembra lecito congetturare anche pel fatto d' idropisie e di versamenti ribelli ad ogni argomento terapeutico dileguatisi in poco d' ora ne' colerosi. V' han casi in cui meglio che la generale deplezione sanguigna adempie bene al bisogno la parziale; ed in massima può porsi: che ciò si vuol praticare quando un molesto dolore punge i malati al margine sinistro dello sterno. Più volte mi son giovato delle mignatte con buon successo; in altri incontri ho preferito le coppe scarificate; quando ho ricorso ai cataplasmi emollienti, che non debbono essere molto pesanti per evitar la molestia, di che altrimenti son causa agli infermi; quando ai fomenti freddi. Consiglia *Gendrin* nell' intenso dolore con cardio-palma d' applicare *loco dolenti* una vescica piena di ghiaccio, e di persistere nell' uso della medesima. — La qual pratica mi fa sorgere in mente due considerazioni nella pericardite che sviluppasi decorrendo un reumatismo acuto alle giunture: è mestieri conoscere, se il malato nelle affette articolazioni tollera il caldo più che il freddo; o viceversa, diportandosi la cosa dello stesso metro alla regione del cuore; i fomenti freddi ed i bagni freddi quali mezzi curativi non sono conquiste della medicina moderna, ma risalgono ad epoca remotissima, come si raccoglie da antichissime Memorie storiche, dalle opere di Omero, d' Ippocrate ecc., e dal sapere che Euripide viaggiando con Platone in Egit-

to fu da importante infermità guarito col bagno freddo d'acqua marina. E a provare vie maggiormente retto quel mio giudizio ricorderò l'opera di *Lanzoni* sull'uso medico dell'acqua fredda, il bellissimo *discorso* dell'illustre Mugellano *Antonio Cocchi* — sopra l'uso esterno presso gli antichi dell'acqua fredda sul corpo umano — il metodo curativo di *Currie* pel tifo, e in questa malattia e in altre quello che *Giannini* praticava, e raccomandò, ossia delle fredde aspersioni, e del bagno freddo. Ciò basti a tenere solamente nuovo il nome *idro-terapia* che ora passa per le bocche di molti. Prima ch' io venga ad altro, cade in acconcio l'avvertire: che la pericardite, la quale corre in un reumatismo articolare acuto, senza chiamare in iscena sintomi subbiettivi di rilievo, è miglior consiglio trattar con mitezza, che a viso aperto, coi formidabili mezzi antiflogistici: è questo il caso, in cui mi è avviso sia più commendabile il nichilismo della scuola di Vienna, che l'attività sconsigliata di molti medici di Francia e d'Inghilterra. Nè trovo fuori di luogo avvertir pure: che, riformatasi da nostri illustri connazionali la scuola di *Brown*, la medicazione antimoniale omai passata nell'obblìo fu ricondotta in largo uso, e massime pel *tartaro stibiato*. *Rasori* l'alzò alle stelle nelle sue opere in grazia del potere che ha di attutire in certi casi la vivezza de' sintomi infiammatorii. I medici che gli tennero dietro ne menarono grande scalpore; ed il fanatismo ed il dispregio furono gli scogli a cui ruppero. Senza indagare di che modo agiscano gli antimoniali sul vivo organismo, chi ad essi ben tenga la mira, scorge di leggieri che la depressione dei polsi, e la calma del respiro, l'emesi, le vomiturizioni, le catarsi, la diaforesi (loro principalissimi effetti) son pegno di valida efficacia; sicchè non saprei lodarne le troppo generose dosi, nelle quali Rasori ed altri li prescrivevano. Neppure trovo com-

mendevole la sentenza di coloro, che vorrebbero fosse da abbandonarsi del tutto il tartaro stibiato nel trattamento di alcune flogosi. Nè per ciò mi si apponga ch' io lo giudichi utile in ogni caso di quelle date infiammazioni: le cure infinitesimali, le stereotipe non trovarono buon viso che ne' fanatici. I rimedi più attivi, applicati a dovere, possono fruttare gran pro; ma anche a mite dose (p. es. Cengm 10 div. m 8) nella pratica medica conviene rammentare che: sunt certi denique fines, quos ultra, citraque nequit consistere rectum (1). Se il tartaro stibiato diasi, ed epicraticamente, si adempie a doppio scopo: sedasi l' eccessiva attività cardiaca, e se ne promuove la secrezione del tubo gastro-enterico: quando eccita il vomito favorisce a chiare note la diaforesi, e prescritto con abilità reca bei vantaggi. Soglio io valermene solo in principio di malattia, allorchè l' infermo sia robusto, ed abbia frequenza e durezza di polso con calore urente alla cute: lo assaggio alla piccola dose di poco più che un centigrammo ogni ora, e dagli effetti che ne conseguono dopo alcune ore traggo profitto per sospenderne, proseguirne l' uso, e talvolta ne accresco poi la dose temperatamente, e grado grado. A calmare la tumultuosa azione cardiaca, ed a rattiepidire la troppa elevata temperatura, possiede il medico un farmaco potente nella digitale: io ne prescelgo sempre l'infusione con 50 - 60 Cengm di foglie di digitale purpurea in 180 Gm di liquido, cui talvolta aggiungo il nitrato di potassa (Gm 3) ed il siroppo semplice (Gm 30) e ne fo prendere un cucchiaio ogni ora. *Hope* mescea la tintura di digitale a quella di giusquiamo da consumarsi epicraticamente; ed altri, e gli Inglesi in particolar modo, esaltano l' acido idrocianico alla dose di 5 a 10 goccie in una mistura per le 24 ore. Io non

---

(1) Horat.

l'ho mai posto in opera; e me ne passo con una sola avvertenza — i sedativi non debbonsi amministrare che sui primordi del male, e con bene precisata indicazione venendo loro fatta abilità di favorire la paralisi di cuore, esito mai sempre funesto, e funestissimo nella pericardite.

44. La smania, il dolore, l'insonnio ecc. sono sintomi che spesso richiamano l'attenzione del medico, il quale a combatterli, quasi mai indarno prescrive i preparati di oppio: 5 Egm. di estratto tebaico, 1 - 2 Egm. d'idroclorato di morfina ridonano con gran sollievo degli infermi la calma perduta. Ed all'oppio gli Inglesi uniscono secondo loro costume il calomelano (protocloruro di mercurio). Cotesto metodo ebbe implacabili detrattori, che l'attaccarono con rabbioso accannimento, ed idolatri così ciechi, che lo portarono al cielo con tale un fanatismo che solo la persecuzione poteva parzialmente giustificare. E di tal guisa andarono pur troppo sovente le cose mediche. *Graves* vuole quando la pericardite si chiuda colla morte, che sen debba recare l'infausto esito al non aver ricorso, od almeno per quanto ne era d'uopo, al mercurio: nè a lui, come ad altri, bastava il calomelano dato internamente alla dose di 1/2 ad un grammo; ma volea che a furia di frizioni e fumicazioni mercuriali se ne saturasse l'organismo. Ed in altri incontri leggesi: che *Velpeau* vi pose mano tanto ardita da amministrare il mercurio sotto tutte le forme, e a dosi enormi; sicchè riuscivagli di produrre in brevi istanti una profonda infezione mercuriale. Si legge pure: che *Dubois* andò più oltre, e li 30 a 60 Gm di *unguento cinereo* (che *Velpeau* usava giornalmente, con esagerazione che forse non ha pari) fe ascendere a 500, ed a 750; e così per l'intendimento di vincere una malattia formidabile (qual era la peritonite puerperale) s'incontravano allegramente le lesioni della bocca, le eruzioni eczematose, e sì gravi, come

le descrisse *Alley,* le infiammazioni cangrenose delle parti genitali, che lo stesso *Dubois* ebbe a notarne: in una parola, i tremendi effetti dell'avvelamento da mercurio. Intanto i fautori dell'opposizione *(Bennet, Bamberger* ecc.) forti degli errori altrui diedero mazzate di santa ragione ad un metodo, che a dir il vero fra le mani di *Graves, Dubois* ecc. sa di bestiale; e s'affaticarono a dimostrare che non solo: è di problematica utilità nella pericardite; ma che nuoce addirittura. Nè io la farò da giudice, ma senza ripetere con *Hope:* che il mercurio è l'*âncora di speranza pel pratico;* e senza punto nascondere i molti inconvenienti e pericoli che se ne incontrano nel farne uso, trovo notabile: che qualche volta rese buoni servigi a chi lo seppe applicare con abilità e prudenza. Fu introdotto da *Hamilton* di *Lynn Regis* nella cura delle infiammazioni acute nel 1783, e venne tosto assaggiato con metodi svariatissimi. Il Dott. *Lan* con 5 cengm di calomelano, ed un po' di estratto di genziana confeziona 12 pillole, di cui fa dare all'infermo una ad ogni ora: le ripete per tre o quattro volte; ed ha già ottenuto ptialismo. Per evitare l'azione irritante e la diarrea, che può addurre il calomelano vi si unisce l'oppio, ed a ciò soddisfa la formola degli spedali di Germania, la quale è in uso presso di noi: 30 cgm di calomelano, 10 cgm d'oppio, 3 1/2 gm di zucchero bianco si mescolano, e si dividono in 6 parti — una ogni ora. — Quando l'infermo cadesse nell'abbattimento e nella prostrazione delle forze il medico senza por tempo in mezzo darà mano ai tonici, ai nevrostenici, agli stimolanti; quindi a lauta dieta di carne, d'uova, di latte, al ferro, agli amaricanti, agli aromatici, agli acidi minerali, alla china, al vino generoso, all'etere, alla canfora, al muschio, agli irritanti la cute. Mi rammento d'avere in un caso di grave prostrazione ordinato la canfora col liquore d'ammoniaca anisato, ed il miglioramen-

to fu sì sollecito e spiccato, da vincere la mia aspettazione. Se l'essudato diminuisce di poco, o minacciasse dar in cronico, s' avrà ricorso ai cataplasmi, ai vescicanti, alle frizioni iodate (p. es. ioduro di potassio Gm 3 — Sugna Gm 30.) *Thompson* fu il primo, che diede il iodio alle donne affette da *cisti ovariche* collo scopo di accrescere l'assorbimento nella cavità cistica, ed a lui, cred'io, debba gran parte della fama in che venne di favorire quello degli essudati. La tintura di iodio, e l'idroiodato di potassa all'esterno, i preparati iodici uniti a marziali internamente (p. es. siroppo di ferro iodurato) sono mezzi curativi pregevoli che meritano la fiducia del medico. Anche il mercurio, come alterante, sta a fianco dell'iodio; ma, prolungatone l'uso, od elevatane di soverchio la dose, confina in uno stato di cachessia, che a niun pratico è sfuggita; ed oltre che può essere formalmente controindicato per non accrescere la povertà del sangue, richiede ancora in chi lo tratta maggior maestrìa che non p. es. una frizione iodata. E questo sia detto specialmente in pro di quei medici per indeclinabili circostanze condannati a non potere sorvegliare con tutta diligenza i loro malati. Allora più che mai è d'uopo non fare a troppa fidanza con sè stessi, essere prudenti e circospetti nella scelta e nell'uso de' farmachi, se si ha caro che la propria condotta resti giustificata in ogni evento. Giovano pure a favorire l'assorbimento dell'essudato le derivazioni sul canale intestinale con leggeri lassativi, con acque minerali, e talvolta anche coi drastici; e parimenti sono indicati i diuretici, come il nitrato, l'acetato, il carbonato di potassa, la scilla, le bacche di ginepro, l'ononide, l'asparago, il prezzemolo, la cainca (radice della chiococca racemosa di Linneo). I quali soccorsi terapeutici possono invocarsi in ogni periodo di cura: bevande che promuovono la diuresi e l'obbedienza dell'alvo non sono

controindicate che eccezionalmente. Resta in fine un ultimo espediente, quando l'efficacia degli argomenti terapeutici sia andata a vuoto, e d'altra parte lo stato dell'infermo richiegga imperiosamente un soccorso, ed è la punzione del pericardio. Per quanto ad alcuni sia riuscita profittevole, non sarà superfluo l'inculcare: che siffatta operazione porta seco gravi pericoli, e che non vuolsi compiere che nella certezza assoluta dell'esistenza di fluido essudato entro il pericardio, e nel pericolo d'imminente soffocazione (*Verardini*). A *Lebert*, nella sua Clinica, si offerse il caso di un malato, debole, sfinito, con forte dispnea, grande ottusità a' precordi, battiti cardiaci languidi e lontani. L'anamnesi era muta; nè si poteva bene determinare, se il caso fosse di lenta organica affezione di cuore, o di copioso versamento pericardico. Il Clinico prudente avvisò al pericolo della paracentesi quando specialmente si abbiano ragioni a dubitare sull'esattezza diagnostica, e tenne la cosa in ponte. Il malato morì fra breve, ed allora con un sottile trequarti entrò attraverso il quarto spazio intercostale nel pericardio; non ne uscì goccia di liquido, e l'autopsia mise in viva luce: ipertrofia notevole di cuore; saldati i *fogli* pericardiali a mezzo d'uno strato molto consistente d'essudato; insufficienza della mitrale. Ispiriamoci alla prudenza di *Lebert*, e chiavelliamoci bene nella memoria, che *Desault*, e *Larrey*, persuasi di pungere il pericardio, diedero uscita ad essudati pleuritici saccati, se non vogliamo cogliere *cimbottoli* di questa posta. Nullammeno non è da passare sotto silenzio, che *Schuh* a Vienna, *Karnwogen* a Cronstadt ottennero alcun bene da questa operazione, e che più di recente *Aran* in Francia ne ebbe un brillante successo in un tubercoloso, cui praticò per ben due volte dopo parecchi giorni d'intervallo iniezioni iodate nel pericardio (Tint. di iodio, acqua stillata, ana Gm 50, iod. di potassa Gm 1). Ad ese-

guirla si sono posti innanzi vari metodi: chi predilige la trapanazione dello sterno, chi la puntura fra la cartilagine della 7ª costola sinistra e l'appendice xifoidea attraverso il diaframma: questi fra l'uno, altri fra l'altro spazio intercostale: forse il miglior partito, quando necessità lo voglia, è d'entrare con un *trequarti* pel 4° spazio intercostante ad un dito trasverso circa dal margine sinistro dello sterno nel pericardio; diportandosi di tal modo è facil cosa schivarne l'arteria mammaria. Da ultimo rispetto alla cura si vuole riflettere: che il pericarditico deve essere posto in favorevoli igieniche condizioni; tenuto quieto, e sereno; e non obbligato a rigorosa dieta; chè la deficienza di nutrizione prostra le forze, facilita la minacciante atrofia del cuore, la dilatazione passiva delle sue cavità, ed altri stati patologici, che occorre evitare premurosamente. Quando poi, volta a guarigione la pericardite, restasse un avanzo d'essudato non riassorbitosi, il medico suggerirà il soggiorno in campagna ed il moto passivo in carrozza, che attirando lo scambio de' materiali organici agevolano il ritorno a perfetta salute, o la rende men cagionevole.

CAPITOLO OTTAVO

Conclusione.

45. Ma è tempo omai che il discorso volga al suo termine, per cui delle idee esposte fin qui traggo le seguenti generali conclusioni. La pericardite stava ravvolta fra le tenebre, le quali furono vinte sol dopo che *Auenbrugger* e *Laennec* colle loro scoperte aprirono un nuovo e fertile campo alla cultura medica. Allora, abbandonate le astrazioni, che smarriscono lo spirito, come disse *Dumas* di Montpellier, la medica famiglia si dedicò allo studio ac-

curato delle cose sensibili, che nelle scienze naturali scorgono sì bene al conoscimento del vero. Alla semplice osservazione subentrò l' esperienza; e il medico non la fe' più da speculatore, si interrogò la natura; e le difficoltà non pure lo sgomentarono, ma nè anche per poco lo rattennero; che anzi alla coscienza delle medesime attinse vigoria e lena per superarle, e cogliere la natura ne' suoi più arcani segreti. Suscitavansi a bell'arte malattie per conoscerne il modo del loro nascere e svolgersi; e quanto al nostro subbietto si è già visto, che *Desclaux* immolava la vita di non pochi conigli a quell'uopo; e che altri col raccogliere religiosamente e scandagliare i fatti caduti sott' occhio davan opera a mettere in ragguaglio i fenomeni esistenti colle precedenze, al fine di trovarne il nesso genetico e cessare quel bestiale empirismo, a cui molti pur troppo anch' oggi nelle cure loro si affidano. Che se finora quella nobilissima industria non raggiunse l' altezza cui mira, nè per esempio valse a fare scuoprire di che maniera la pericardite si leghi al reumatismo articolare acuto, od alla tubercolosi, confortano a sperar bene i gravi studi che intorno a ciò, e ad altro fervono ovunque. L' anatomia patologica, nata e cresciuta fra le mani d' un gran genio italiano, di *G. B. Morgagni* — svelando le organiche lesioni, e le attinenze novelle che il pericardio pieno d' essudato contraeva coi visceri limitrofi, ci metteva in grado di bene e adeguatamente apprezzarne il sindromo sintomatico, e la gravezza del morbo. Nè per questo vo' dire con *Breschet:* « La véritable médicine n' est en effet que de l' anatomie pathologique » nè tutto concedere al coltello anatomico, e ripetere con quel robusto ingegno che fu *Giovanni Müller* « Was nicht unter das Messer fällt, ist nichts. » Ma non posso disconoscere che il più delle volte ad essa ci affidiamo per venire a indubbia diagnosi, ed a giudi-

zio pronostico, che trova nel tempo la sua conferma; e che i medici che ne sono digiuni, curando, incorrono spesso in grossolani errori. « Noi portiamo ferma opinione, dicea *Giuseppe Frank:* che l' eccellenza alla quale è pervenuta la medicina nell' età nostra sia dovuta interamente alle cognizioni somministrate dall' anatomia patologica. » E non v' ha dubbio che le belle tavole di *Sandifort* insegnano in poche ore più che volumi descrittivi. Nell' enumerare i sintomi fu mio pensiero spiegarli nettamente; ed a ciò fare mi valsero non meno della fisiologia, gli studi d'anatomia patologica: premisi risultamenti dell' esame obbiettivo, siccome quelli che sentono del reale; e nel toccar le lesioni funzionali, se mai sempre non le recai alle cause loro, fu solo per non dar luogo ad inutili ripetizioni, potendo ognuno a suo bell' agio di per sè col riandare il già detto rendersi conto di quel che aveva sotto gli occhi. Poi col tener nota delle ragioni addotte a dilucidare i sintomi, parvemi fosse più facile il farsi un giusto concetto della malattia, la quale non era rappresentata da una informe riunione di sintomi mandata alla memoria con opera tutta materiale, ma trovava delle sue manifestazioni la ragione sufficiente in sè stessa. Ed inspiratomi a tale pensiero scesi a dire del diagnostico differenziale. Qui s' affaccia tosto alla mente la moltiplicità dei mezzi dei quali dispone il medico per la diagnosi; e pure in tanta ricchezza (il dirò anche senza temere il dissenso di molti) siam poveri; chè nel pratico esercizio non torna raro lottare contro tali difficoltà, e tanto da riescirne ardua la *diagnosi clinicamente completa.* Ahi quante volte ella sa di assai malagevole, se non d' impossibile! M' ingegnai tuttavia, per quanto era in me, a discutere le differenze che passano fra la pericardite e que' stati patologici, che portando in iscena alcuni sintomi che alla pericardite s' addicono, o velan-

done altri che sarebbero espressione sincera della medesima han facoltà di rendere l' argomento irto e spinoso. Discorsi degli esiti della pericardite, e in quel capitolo, ovvero nel quinto, allusi anche alla *durata* della medesima. Mi fermai alquanto sulla guarigione di lei, e sulle malattie consecutive. Attribuii la prima alle forze molecolari che sono in giuoco nel processo nutritivo: accennai alle seconde ne' loro svolgimenti. Nella *prognosi* feci motto di quel che ne pensavano gli antichi, ed espressi l' opinione de' moderni; e se posi qualche studio a dar risalto all' individualizzazione morbosa e' fu per cessarle quella vuota generalità di *fausto* ed infausto che approda ad un bel nulla. Mi piacque di passare in silenzio le *complicazioni;* quello che esposi parlando dei *momenti etiologici* e delle *lesioni anatomiche* scusò il dirne altrove. Finalmente si giunse alla *cura*. Le indicazioni: causale, morbosa, sintomatica furono tocche di volo; a che rilevava torniare un discorso teorico in argomento del tutto pratico? *Medicum sanantem et non loquentem* cercavano gli antichi: motto, che, colle debite restrizioni, potrebbesi porre in testa a molti libri, e ripetere a molti medici. Fermato che la pericardite e l' essudato pericardiale sono due stadi ben diversi della stessa malattia, si pose in sodo: che il salasso è inetto a combattere la flogosi ne' suoi elementi, e che quindi risponde solo all' indicazione sintomatica: che le sanguisughe e le coppe scarificate sono richieste dal dolore, in ispecie se è molesto: che il fomento freddo merita d' essere sperimentato con fiducia: che la pericardite, se non è di grave imponenza, ama meglio il *nichilismo* della scuola di Vienna, che l'indefessa attività de' partigiani del salasso e del mercurio: che il tartaro stibiato mitiga la frequenza del polso, e, come drastico, può essere indicato anche per favorire l' assorbimento dell' essudato: che la digitale e l' acido

idrocianico voglionsi assaggiare ne' soli primordi dell'infermità, e con prudenza: che a ridonar la calma valgono gli oppiacei: che il calomelano e l'unguento cinereo, malgrado le calde raccomandazioni degli Inglesi, impoverendo il sangue dimandano somma circospezione: che nell'abbattimento delle forze giovano assai al bisogno i tonici, i nevrostenici, gli stimolanti: che i preparati di iodio godono fama di risvegliare e di accrescere l'assorbimento dell'essudato: che a ciò tendono i blandi purgativi, i diuretici, i cataplasmi tiepidi, i vescicatori volanti, il soggiorno in campagna, il moto passivo in carrozza; e che ultimo espediente, quando nulla rechi vantaggio e che lo stato dell'infermo richieda imperiosamente soccorso, è la punzione del pericardio, la quale da molti non si tiene solamente superflua, ma si ha per nociva. Così, aggiunto alla generale conclusione il breve riepilogo di tutto che trattai, debbo fare, e dò fine. E il fo augurandomi benigni quelli che saranno per leggere questi miei cenni teorico-pratici intorno la pericardite.

Un caso di malattia d'Addison. Storia e Commenti del Dott. *Eduardo Vecchietti* Medico Primario Sostituto agli Spedali di Bologna. Memoria letta nella seduta della Società Medico-Chirurgica di Bologna 3 Maggio 1866.

Onorevoli Signori.

Vi parrà cosa ben naturale, che io mi presenti a Voi peritoso, e che la voce mi tremoli nel leggervi questa povera storia e questi semplici commenti.

Voi siete avvezzi ad udire pregevolissime dissertazioni ordite col sapere e tessute coll'esperienze; nella mia non

troverete che il buon volere ed il desiderio di farvi cosa grata comunicandovi un caso importante: non potreste quindi tollerare il mio dire, se non foste animati da benigna indulgenza e da obbligante cortesia.

Nella lunga serie dei casi morbosi hannovene taluni, che per buona ventura dell' uomo si presentano con molta rarità alla medica osservazione. In qualsivoglia ordine di avvenimenti la rarità di essi denota, che a determinarli si richieggono o circostanze straordinarie, od eccessiva ed intricata complicanza di circostanze comuni. Nell' un modo o nell' altro lo studio e la conoscenza di tali avvenimenti riesce assai difficile, sì perchè pel raro loro avvicendarsi manca all' osservatore il validissimo criterio dell' esperienza, che risulta principalmente dal ripetuto raffronto dei fatti analoghi, sì perchè trattandosi di cause straordinarie o di un concorso complicato di cause comuni non apparisce manifesta la loro maniera di azione nella produzione dei fenomeni che cadono sotto i nostri occhi, nè può valutarsi l' importanza dei medesimi come effetto ed il loro rapporto alla causa.

Lo stesso e più ancora può dirsi in ordine alle malattie, che rare volte s' incontrano nella pratica, ed a queste appartiene senza dubbio la malattia d' Addison, avvegnachè possa ad un medico durante il più lungo e florido esercizio mancare l' occasione di osservarla una sol volta.

Di questa malattia segnalata al mondo scientifico come una nuova forma morbosa, per la prima volta nel 1855. dal medico Inglese *Addison* mediante una elaborata Monografia (1), si è ancora incerti sulle cause, sulla sede,

---

(1) On the constitutional and local effects of discese of the suprarenal capsules.

e sulla natura, nè si sa quindi a quali presidi terapeutici ricorrere per opporsi alla sua inesorabile potenza distruggitrice, laonde una sola certezza rimane, ed è quella ben triste, che coloro, i quali malauguratamente ne vengono colti, devono purtroppo soccombere.

Non è già che da quel tempo i cultori della medicina e delle scienze affini non siansi dato pensiero di studiare la nuova malattia, che anzi per ogni dove e studi anatomico-istologici, ed esperienze fisiologiche, ed osservazioni cliniche si moltiplicarono; ma questi lodevoli sforzi non furono coronati da adeguato successo, cosicchè fino al dì d'oggi non poterono formularsi che congetture più o meno probabili sulla natura di questa malattia.

Nuove indagini affidate ai continui progressi delle scienze ausiliarie della medicina, nuovi fatti studiati colla diligenza e colla longanimità del metodo moderno, sono necessari a convalidare le più probabili congetture, e ad innalzarle al grado di acquisti positivi della Scienza. Risulta quindi per ogni medico che ha la fortuna di osservare simili fatti, l'obbligo di utilizzarli meglio ch'ei possa, ed a tale obbligo intendo io soddisfare pubblicando colla benigna annuenza del Ch. Prof. *Comelli*, cui sono lieto di poter in tale occasione protestare tutta la mia gratitudine, un caso di malattia d'Addison, che mi fu dato osservare nella sua Sezione all'Ospedal Maggiore, mentre io seguiva la sua visita quotidiana in qualità di Medico Primario Sostituto.

Quest'osservazione non sarà pienamente completa, perchè nel tempo in cui l'ammalata decombeva nell'ospedale, e veniva a morte, io non aveva ancora cognizione dei più recenti lavori fatti su quest'argomento, e massime alla necroscopia sono state trascurate alcune indagini sullo stato del sistema nervoso, che se da un lato sono di grande difficoltà a praticarsi, dall'altro possono portare

molta luce nell' oscura questione. Comunque ella sia però tenderà a confermare alcuni dati ricavati dai sintomi, dal decorso, e dal reperto necroscopico, i quali per essere costanti in ogni caso, che possa propriamente essere designato come caso di malattia d' Addison, devono stare a fondamento di una dottrina più positiva, avente per iscopo di riconoscere la malattia nella sua vera essenza fin dai suoi primordi, e di arrestarne possibilmente il progresso più o meno lento, ma finora sicuro verso un esito letale.

Intanto io verrò narrando la storia del caso da me osservato:

Il 14 Marzo 1865 fu accolta nell' Ospedal Maggiore e collocata al N.° 282, C... B... di Bologna d' anni 28, maritata, venditrice di giornali. I genitori di questa non soffrirono malattie trasmissibili per eredità; morirono ambidue repentinamente, il padre per ferita, la madre per apoplessia cerebrale; circa ai parenti collaterali nulla meritevole di menzione. La B... nacque mediante parto naturale, più tardi fu vaccinata; venne in seguito colta dalle malattie più comuni nell' infanzia, le quali tennero un decorso regolare e non lasciarono dietro di sè alcun disturbo. Passò in buona salute l' infanzia e l' adolescenza, ma la pubertà si fece a lungo aspettare e solo a 18 anni comparvero i menstrui per la prima volta; indi furono sempre regolari per qualità, per quantità e per intervalli fino all' epoca, cui risale l' esordire della presente malattia.. Di 19 anni andò a marito; un anno dopo nella stagione di primavera cominciò ad avvertire un malessere generale, cui in breve seguirono degli accessi febbrili a tipo erratico, i quali si ripeterono per 10 giorni senza fenomeni di localizzazione, ma nell' undecimo giorno insorsero violentissimi dolori alla regione ipogastrica estendentisi su per l' addome sino all' altezza dell' ombellico. L' addome erasi tumefatto, la tensione maggiore esisteva

nel segmento inferiore intorno al punto ove avevano avuto origine i dolori, e la minima pressione vi riesciva insopportabile. A questi fenomeni locali s'associavano cefalea, perdita d'appetito, nausea con qualche conato di vomito, costipazione ventrale, urine scarse e brucianti all'emissione, scolo dalla vagina di un umore biancastro spesse volte commisto a sangue; la febbre d'intermittente era divenuta continua (metro-peritonite acuta).

Ricoverò all'Ospedal Maggiore, e vi fu curata, non sa con quali rimedi, ricorda soltanto di un bagno freddo a permanenza applicato alla regione epigastrica, ove più atroci infierivano i dolori. In circa 15 giorni aveva ottenuto un notevole miglioramento, ma la guarigione non poteva ancora dirsi completa, quando appunto le fu recata la triste novella, come la madre sua fosse stata improvvisamente colpita da apoplessia cerebrale. Essa, udito il caso, lasciò immediatamente l'ospedale per correre all'assistenza della madre moriente, la quale poco stante il suo arrivo spirò.

Così fu interrotta la cura di quella malattia, la cui convalescenza andò assai per le lunghe, nè perfetta si ebbe la guarigione, essendo rimasto alla B... uno scolo biancastro dai genitali, di cui non le riescì mai più liberarsi (catarro utero-vaginale cronico). Pel rimanente godette buona salute, se si eccettui l'andar soggetta massimamente nella stagione invernale ad alcun poco di tosse, che senza alcuna cura in breve si dissipava; e così andò innanzi fino ai primi del Dicembre del 1864.

Cominciò in tale epoca a sentirsi gradatamente mancare l'appetito, indebolire le forze, ad avere qualche vertigine, rumore agli orecchi, doglie vaganti per tutto il corpo, alla regione dorso-lombare più spesso che altrove, ed un malessere generale, ed un'apatia non comune. Se sforzavasi a mangiare cibi, massime liquidi, come la mi-

nestra, era tosto presa da vomito; il vino che pel passato molto le piaceva, recavale pure fastidio, ed il pane senz'altro era il cibo che meglio tollerava. Infrattanto guardandosi attorno pel corpo e mirandosi talvolta nello specchio le pareva, che la sua pelle naturalmente bruna, divenisse ogni giorno di colorito più oscuro, ed in breve potè assicurarsi che questa non era una propria illusione, giacchè i suoi conoscenti tutti andavanle spesso dicendo, che diventava sempre più nera, e che la trovavano oltremodo mutata e di colorito e di aspetto. Così continuò per più di 3 mesi con leggerissime modificazioni nell'intensità di tutti quei sintomi, cioè fino al 10 Marzo, nel qual giorno trovandosi nella piazza del mercato debole più che mai, sentì ad un tratto mancare le forze e cadde in deliquio. Molte persone le furono intorno, la sollevarono da terra, la fecero sedere, le aspersero il volto d'acqua fredda, le diedero a fiutare dell'aceto e presto riebbe i sensi e fu condotta alla propria abitazione. Allora le sopravvenne un intenso freddo per tutto il corpo, si mise in letto, e sentendosi molto ammalata fece chiedere l'ammissione all'Ospedal Maggiore, nel quale entrò come già fu detto, il 14 Marzo. Quella donna aveva per l'addietro condotta una vita piuttosto stentata, aveva dimorato in abitazioni umide ed anguste, erasi nudrita spesse volte di un vitto scarso e di cattiva qualità; amareggiata da dissapori domestici, da mali trattamenti, aveva cercato nel vino sollievo ai patemi dell'animo, e quando ebbe i mezzi per farlo ne bevve sino alla ebbrezza. Ultimamente viveva in migliori condizioni, perchè la vendita dei giornali le procurava maggiori guadagni; era però costretta a fare lunghe e frettolose camminate, che contribuivano a stremare completamente le sue forze.

Appena entrata nell'ospedale i sintomi presentati dall'inferma erano cefalea lieve, non continua, rumore agli

orecchi, qualche vertigine; mancanza d'appetito, nausea continua, eruttazioni acide, vomito, più spesso dopo l'ingestione dei pochi alimenti che sforzavasi a prendere, talvolta anche a stomaco vuoto, nel primo caso le materie vomitate erano le ingerite, nel secondo caso vomitava un liquido verdastro, filante, di sapore amaro. Aveva borborigmi per l'addome e costipazione ventrale. La disturbava molto un dolore ottuso, che partendo dalla regione epigastrica profondamente si estendeva all'ipocondrio sinistro e si esacerbava alla pressione; risentiva pure qualche dolore all'ipogastro ed ai lati del pube. Le urine erano in quantità discreta, di colorito oscuro, trasparenti, venivano emesse liberamente; dalla vagina colava l'umore bianco-giallastro già menzionato nell'anamnesi. Nessun fenomeno rilevante da parte degli organi del respiro. A questi sintomi locali si aggiungeva uno stato di deperimento, una insufficienza nell'azione muscolare, per cui i movimenti riescivano languidi e tardivi, un grave abbattimento morale, cosicchè disperando di riacquistare la salute invocava ripetutamente la morte.

Esame obbiettivo. Statura media, struttura simmetrica, forme regolari; pelle color bruno nerastro dell'intensità di quello d'un mulatto, il detto colorito più carico alla fronte, alle palpebre, attorno alle labbra, alle papille mammarie; pel rimanente del corpo uniforme, eccettuate alcune macchie più oscure sparse quà e là nelle gambe della dimensione di un pisello ad una nocciuola; panicolo adiposo scarso negli arti, piuttosto abbondante sulle pareti del torace e dell'addome; muscoli sottili e flosci; scheletro regolare e proporzionato.

Capo, di conformazione regolare, coperto di folti capelli castagni; occhi approfondati nell'orbita contornati da un cerchio nerastro, albuginea di color cinereo, pupille egualmente e molto dilatate. La mucosa delle labbra in

corrispondenza dell' apertura orale di color bruno di cioccolata, quella delle guancie in corrispondenza dell' arcate dentarie sparsa di macchie dello stesso colore, da paragonarsi alla mucosa buccale d' un cane; lo stesso dicasi della mucosa delle gengive nel prolungamento fra dente e dente, della lingua nei suoi bordi, e del palato; i denti bianchi ed asciutti; la lingua coperta nel mezzo di un intonaco bianco-giallastro.

Nel collo nulla di rimarchevole.

Il torace all' ispezione apparisce di forma cilindrica, eguale nelle due metà, gli spazi intercostali equidistanti fra di loro, le papille mammali allo stesso livello; non si vede l' urto della punta del cuore; il tipo di respirazione misto, costo-addominale. Al palpamento si rileva poca elasticità d' ambo i lati; a sinistra minore che a destra, si sente la punta del cuore urtare debolmente contro il quinto spazio intercostale. Alla percussione non risulta differenza notevole dal normale in tutto l' ambito del torace, tanto anteriormente quanto posteriormente, l' ottusità corrispondente all' area cardiaca ha poca estensione, quella corrispondente al fegato la normale, quella della milza un poco aumentata. All' ascoltazione nulla d' anormale si percepisce nei polmoni; nel cuore i toni sono pure normali, ma deboli ed ottusi.

L' addome di figura irregolarmente quadrata, di conformazione globosa; la linea xifo-ombellicale presenta una leggiera convessità, che dall' apofisi xifoide scende per quattro dita trasverse per poscia continuarsi in una linea piana sino all' ombellico; la linea ombellico-pubica è anche più prominente dell' ordinario. Al palpamento non si riscontra che una resistenza maggiore sulla linea mediana e sui suoi lati dall' ombellico sino presso il pube, dove cioè l' addome apparisce più prominente. Cercando però di sollevare in pieghe la cute che ricopre queste parti.

si sente la medesima di uno spessore non comune, devoluto a molta quantità di adipe sottoposto. Dalla percussione dell' addome risulta un suono timpanico alto nel prolungamento delle linee parasternali e dell'emiclavicolare sinistra fin verso l'ascellare e fino all'altezza di tre dita dall'ombellico (dilatazione di stomaco); nel rimanente dell'addome nessun suono anormale.

L'esame degli organi genitali non fu praticato.

Negli arti superiori nulla si riscontra di rimarchevole le glandole del cubito non sono sensibili al tatto. Negl' inferiori partendo dagli inguini, ove le glandole sono di volume normale, non si osservano che le macchie già menzionate parlando del colorito della pelle.

Le urine emesse sono in quantità di Grammi 600 circa in 24 ore, hanno un colore giallo-brunastro carico, sono trasparenti e non depongono sedimento, il loro odore è aromatico, il peso specifico di 1. 021; chimicamente studiate danno reazione acida, leggiero intorbidamento col riscaldamento e coll'aggiunta di acido nitrico (albumina in minime proporzioni), contengono pochi fosfati e cloro in quantità minima; abbondante pigmento con prevalenza di urofeina.

Tentai l'esame microscopico del sangue, ma per mancanza di adatta soluzione non mi riescì.

Ecco le condizioni, nelle quali entrò all'Ospedale la nostra inferma, di cui mirando l'aspetto ed il colorito, e ponderando gli altri sintomi, correva presto alla mente il concetto, che in essa si verificasse un caso di malattia d'Addison: pure per la rarità di questi casi e pel timore di andare errati, si venne indugiando a stabilire la diagnosi per aspettare dall'ulteriore decorso della malattia e dallo studio attento dei fenomeni che avrebbe presentati, nuovi argomenti che valessero o a confermare il concetto diagnostico primitivo od a sostituirlo con un altro più razionale.

Intanto si rimase contenti ad una cura puramente sintomatica, e furono usati rimedi calmanti, tanto internamente, quanto per applicazione esterna alla regione dolente. (Mistura calmante col Laudano del *Sydenam* — Frizioni d'olio di olive e Cloroformio).

Ad onta però di questa cura persistevano gli stessi disturbi, e la malata durò nel medesimo stato, con minime variazioni nell'intensità dei sintomi fino alla notte del 22 Marzo, nella quale il vomito, che nei giorni prima si era mostrato soltanto di rado e dopo l'ingestione degli alimenti, si ripetè molte volte successivamente e con ostinata violenza, laonde tutti gli altri sintomi di concerto si aggravarono.

La mattina all'ora della visita la B... si trova in uno stato di grande abbattimento, stremata di forze può a mala pena sollevare la testa dal guanciale; ha l'aspetto sofferente, gli occhi approfondati ancor più nell'orbita, e circondati da un largo cerchio nerastro, la cefalea più forte che pel passato, le labbra asciutte, la lingua arida arrossata ai bordi fra le macchie già menzionate, coperta nel mezzo di un intonaco giallastro, nausea continua, conati di vomito, ed a quando a quando vomito di materie bianco-verdastre, di sapore amarissimo, di odore piccante, filanti, contenenti molto muco; il dolore alla regione epigastrica molto intenso gravativo si estende nella solita direzione; ai lati del pube qualche dolore passeggiero; costipazione ventrale ostinata, urine scarse coi soliti caratteri; il respiro un pò affannoso qualche colpo di tosse; i battiti del cuore molto deboli, il polso piccolo celere a 80 pulsazioni al minuto; la pelle asciutta, la temperatura un pò al dissotto del normale. L'inferma si lamenta oltre dei disturbi notati, di un malessere indescrivibile, che la mette alla disperazione, e le fa invocare incessantemente la morte. (Antiemetico del Riverio — Limonata vegetale per bevanda).

23 Marzo mattina. L'inferma è nelle stesse condizioni del giorno prima; continuazione del vomito e dei dolori, nessuna scarica alvina; stato generale sempre peggiore. (Mistura calmante — Clistere purgativo).

24 detto mattina. Non ha dormito in tutta la notte perchè molestata da vomiti frequentissimi, le materie vomitate uguali a quelle descritte, nessuna scarica alvina; continuano i soliti dolori all'addome, accusa cefalea, più forte a destra in corrispondenza della tempia; i polsi sono deboli, piccoli, quasi filiformi a 90, il respiro stentato a 20; la cute secca, la temperatura più elevata del normale, somma la prostrazione, estremo l'abbattimento morale. (Mistura calmante — Clisteri con Trocisci d'Alandal.)

Venne soprachiamato a consulto il Prof. *Brugnoli*, il quale dopo le opportune indagini anamnestiche ed un diligente esame dell'inferma con molte e giuste considerazioni giunse a confermare la diagnosi di malattia d'Addison; disse la prognosi essere in ogni caso infausta; nel caso speciale imminente il pericolo; non potersi in tale stato ad altro ricorrere che a mezzi capaci di rendere meno penose all'inferma le ultime ore di vita; approvare quindi pienamente le fatte prescrizioni.

24 detto sera. È cessato il vomito, ha avuto parecchie scariche alvine, le prime solide le successive liquide; allo stato di estremo abbattimento è subentrata una smania, per la quale a quando a quando si dimena pel letto; persiste la cefalea sempre più forte a destra, il polso a 120, filiforme, irregolare; la respirazione a 20 faticosa, intercisa; la temperatura a 38 del centigrado, la faccia e le estremità fredde.

25 detto mattina. Nella notte ha delirato, ora è presente a sè, ed in preda ad un'angustia straordinaria; dice di sentirsi tanto male, da non poter più vivere di tal guisa, e da desiderare unicamente la morte. Non ha più

avuto vomito, molte scariche alvine involontarie di materie giallo-brunastre liquide; non avendo urinato da molto tempo, si pratica il cateterismo, e si estraggono circa 400 grammi di urina, che presenta i soliti caratteri; continua la cefalea, i polsi sono impercettibili, i battiti del cuore debolissimi, la temperatura normale, tranne all'estremità divenute già fredde. In questo stato passa tutta la giornata, e la notte appresso cessa di vivere.

Necroscopia praticata circa 30 ore dopo la morte.

La cute nel cadavere di colore un pò meno intenso che durante la vita, conserva le macchie più oscure enumerate nell'esame obbiettivo; le stesse macchie osservansi sulla mucosa della cavità orale.

Aperto il cranio la callotta ossea è molto grossa, pesante, con solchi meningei molto profondi; la dura madre normale, i seni rigonfi contenenti coaguli nerastri, le vene tutte turgidissime. Nell'emisfero cerebrale destro in corrispondenza della scissura del Silvio si osserva una leggiera depressione di figura irregolarmente ovale, del diametro di 3 centimetri in larghezza per 8 in lunghezza, la superficie ne è biancastra, e sollevata l'aracnoide si trova in quel punto inspessita ed opacata, ed al disotto di lei depositato un sottile strato di essudato fibrinoso, di aspetto gelatinoso che si approfonda nella scissura del Silvio e si può seguire sino presso il chiasma dei nervi ottici. Iniezione capillare di tutta la polpa cerebrale, consistenza della medesima normale ed uniforme, la sostanza grigia molto scura, la bianca punteggiata in rosso, l'una e l'altra al taglio splendenti; nei ventricoli poche goccie di siero, i plessi coroidei turgidi.

Il torace ha conservato la forma cilindrica, le papille mammarie e l'area circostante il loro colorito nerastro. Aperto il torace si trova a destra un'aderenza della pleura che dalla linea emiclavicolare si estende a tutta la

parte posteriore; a sinistra alcune forti briglie in corrispondenza della linea ascellare e della scapolare. Tanto la prima quanto le seconde presentavano i caratteri di data non recente. I polmoni hanno i lobi aderenti in parte fra loro; la superficie anteriore è di aspetto e di colorito normale, se si eccettuino alcune chiazze nerastre molto marcate sparse sulla medesima (pigmento in quantità maggiore del normale), ed il lobo inferiore destro di color rosso nerastro, colore che si estende a tutta la superficie posteriore (ipostasi cadaverica). Il tessuto polmonare è in queste parti friabile, e tagliato lascia sgorgare sangue nerastro e schiuma di colore meno intenso. All'apice del polmone sinistro posteriormente si osserva una cicatrice del diametro di 2 centimetri, di forma stellata, bianco-grigiastra; il tessuto corrispondente è indurito ed inciso collo scalpello mette allo scoperto un focolaio del volume di una grossa noce avellana, contenente una sostanza grigio-giallastra granulosa, ed untuosa al tatto (materia caseosa); in vicinanza di questo si trova un altro focolaio più piccolo della stessa natura.

Il pericardio di aspetto e spessore normale contiene siero in poca quantità; il cuore è piccolo, flacido, pallido; il tessuto muscolare delle sue pareti, poco resistente. Aperte le cavità si rinviene nell'orecchietta destra un coagulo giallastro cosistente, che attraverso il foro auricolo-ventricolare passa nel ventricolo; altro coagulo simile è depositato nell'orecchietta sinistra; l'apparato valvolare è normale, così pure i grossi vasi che hanno origine dal cuore.

Anche l'addome conserva la figura e la forma che presentava durante la vita. Incise le pareti si trovano cariche di grasso; e penetrati in cavità s'incontrano molte aderenze fra la lamina parietale e la intestinale del peritoneo; lo stomaco è quindi tratto in basso dal grande

epiploon, che sta saldamente attaccato alla parete addominale in corrispondenza della regione sotto-ombellicale; e la porzione trasversale del colon presenta per lo stesso motivo una marcata convessità inferiore nella sua parte mediana (residui della peritonite sofferta).

Aperto lo stomaco di volume maggiore del normale, non contiene materie alimentari, ma soltanto un' abbondante quantità di muco grigiastro, denso, opaco, filante, che portato fuori lascia vedere la mucosa rammollita e finamente punteggiata in rosso vivo, massime alla grande curvatura; l' apertura pilorica è alquanto ristretta dalla membrana mucosa ingrossata.

Gl' intestini tanto all esterno quanto all' interno, sono normali, se piaccia eccettuare un' antica cicatrice alla valvola del Bauino, occupante la metà dell' orifizio, raggrinzata e bruna in alcuni punti; l' orifizio del canale non è tuttavia ristretto, e vi si può introdurre il dito liberamente.

Il fegato colla faccia sua convessa aderisce fortemente al diaframma, e colla estremità inferiore della faccia concava alla capsula soprarenale destra; misuratine i diametri, il trasversale risulta di C.mi 25, il verticale di 16, l' antero-posteriore di 6, 5; il lobo destro offre una forma globosa, il sinistro in forma di lingua si spinge sino a contatto della milza, la superficie è liscia, la consistenza uniforme, l' involucro peritoneale del fegato è coperto di pseudomembrane che costituiscono le aderenze già accennate; la cistifellea sporge di 2 C.mi dal bordo inferiore, è di forma molto allungata e contiene una discreta quantità di bile. Tagliato il parenchima in più sensi nulla presenta di morboso.

La milza aumentata di volume, del peso di Grammi 215, aderisce pure alle parti circostanti, e la sua polpa di color rosso nerastro è friabilissima.

Levati gl'intestini dalla cavità dell'addome si scopre superiormente a livello dei reni il pancreas, il quale di volume normale ma di colorito più carico dell'ordinario aderisce saldamente colla sua estremità sinistra alla capsula soprarenale dello stesso lato, mentre l' estremità destra è libera da qualsiasi patologica aderenza; nel punto di saldatura colla capsula soprarenale il tessuto pancreatico è molto indurito.

Il tessuto cellulare che involge i reni è carico di grasso ed i reni spogliati di quello mostrano una differenza di volume, poichè il destro è più piccolo del sinistro; spaccati si trovano alquanto iperemici, del rimanente in istato normale.

Delle capsule soprarenali la destra aderisce superiormente alla faccia concava del lobo destro del fegato in vicinanza al lobulo dello Spigelio, e così saldamente che per distaccarnela conviene lacerare la sostanza del fegato circostante al punto dell'aderenza; in questa è compresa ancora la vena cava ascendente. La detta capsula, collocata al disopra ed un po' all' interno del rene destro è di forma irregolarmente ovoide coll' apice in basso, offre una superficie ineguale, bernoccoluta, il suo diametro verticale è di C.mi 6, il trasverso di 4, l'antero-posteriore corrispondente allo spessore dell' organo è poco più di 1 C.mo; al tatto si sente di una durezza cartilaginea. Incisa in direzione verticale, la superficie del taglio risulta costituita da una sostanza bianco-rosea d'apparenza fibrosa, infiltrata di una sostanza di color giallo più o meno carico in forma di noduli del volume da un grano di miglio ad una noce avellana; due di questi noduli sono rammolliti e danno un umore giallo, denso, cremoso.

La capsula soprarenale sinistra aderisce, come già fu detto, alla coda del pancreas, è collocata un pò all' interno del rene omonimo, e la sua estremità superiore non

oltrepassa il livello del medesimo, ha una forma piramidale coll'apice in basso e la base alquanto arrotondata; il suo diametro verticale è di C.mi 7, 5; il trasversale preso alla base di 3, 2, e l'antero posteriore di 1, 2; la consistenza e la superficie uguali a quelle della capsula destra. Incisa questa pure verticalmente presenta la stessa alterazione, senonchè i noduli gialli sono meglio distinti dalla sostanza bianco-rosea, che forma il fondo della superficie del taglio, e non sono in alcun punto rammolliti.

Ispezionati da ultimo gli organi genitali si trova nella vagina la mucosa ingrossata, colle rughe trasversali molto marcate, di color grigio lavagna; la porzione vaginale del collo dell'utero di volume maggiore del normale sporge in vagina per ben piú di 2 C.mi e la bocca dell'utero è portata posteriormente contro la porzione di vagina, che forma il cul di sacco. Scoperta la bocca dell'utero se ne vedono i contorni arrossati, e sull'orlo interno del labbro posteriore nella parte mediana un'abrasione superficiale; nella vagina e nella bocca dell'utero osservasi del muco giallo-grigiastro. Il corpo dell'utero pure aumentato di volume è piegato in avanti, posizione che si accorda perfettamente con quella del collo e della bocca uterina (antiflessione dell'utero): aperto con un taglio verticale si trova il tessuto duro e resistente, e le sue pareti tanto ingrossate che la cavità è quasi scomparsa. Le ovaie e le trombe Fallopiane nulla presentano d'anormale.

Esame microscopico delle capsule soprarenali.

Dapprima si esamina l'umore giallo denso cremoso risultante dal rammollimento dei noduli gialli della capsula destra, e si vede formato di granulazioni amorfe, le granulazioni stesse non possono ritenersi che cellule di pus distrutte.

Indurite poscia nell'alcool rettificato le capsule, si praticano dei tagli microscopici sempre in direzione del diametro maggiore, dai quali risulta quanto segue. Il tessuto connettivo che involge esteriormente le capsule si mostra tanto carico di grasso da avere l'apparenza del tessuto pinguedinoso; la corteccia fibrosa delle dette capsule è molto più grossa della normale ed invece di essere costituita di sole fibrille presenta una grande produzione cellulare con notevole quantità di sostanza amorfa interfibrillare. La struttura normale della sostanza corticale e della midollare non è più visibile, e la corteccia colle dette alterazioni manda prolungamenti, che si approfondano verso il centro, anzi taluni di questi s'incrociano con quelli provenienti dal lato opposto: in qualche punto detti prolungamenti assumono la forma di cordoni fibrosi. Fra i prolungamenti osservansi quà e là delle cellule epiteliali ingrandite, torbide, e multinucleate, contenenti talora cellule figlie, ed ora sono circondate da una quantità di corpuscoli molto più piccoli, di forma irregolare con nucleo marcato, ora da un tessuto-fibrillare con andamento irregolare e sostanza amorfa interposta. Nei punti poi corrispondenti ai noduli gialli sopranotati non si rinviene altro che un detrito granuloso e grassoso senza più traccia di struttura. Finalmente nel centro, sede della sostanza midollare, si vedono delle grandi vescicole di grasso, le quali probabilmente altro non sono che gli alveoli propri di quella sede colpiti da degenerazione adiposa.

A chi abbia cognizione delle più importanti pubblicazioni fatte sulla malattia d'Addison, dalla monografia dell'Addison stesso a quella del *Martineau*, dalle raccolte di *Hutchinson* e di *Van Andel* a quelle di *Wilks* e di *Meissner*, dalle storie di *Mingoni* e di *Verardini* alle recen-

tissime di *Severini* e di *Meinhardt*, apparisce chiaramente che il caso, del quale ho esposto la storia, va ascritto ai più squisiti ed esemplari. Tutte le condizioni richieste a caratterizzare la forma morbosa in discorso sono in esso raccolte, e tanto gli antecedenti, quanto il decorso e l'esito, così i sintomi come i reperti necroscopici s'accordano a costituirne un tipo.

E di vero riassumendo in breve i punti più salienti di questa storia vediamo, che prima di questa malattia l'inferma non aveva mai sofferto nè di febbri intermittenti, nè di sifilide, nè di altra malattia costituzionale o ereditaria o acquisita; che la malattia presente della durata di più che quattro mesi andò lentamente sviluppandosi e progredendo, cominciò con leggieri disturbi compatibili colla vita ordinaria e colle occupazioni dell' inferma, finchè questi alla metà del quarto mese aumentarono di grado a modo da obbligare l'inferma al letto e da condurla all'ospedale, ove in men di due settimane fattisi improvvisamente gravissimi furono seguiti da morte. I primi sintomi furono mancanza d'appetito e diminuzione di forze, qualche cefalea e qualche vertigine passeggiere; doglie dorso-lombari, coloramento bruno della cute e macchie brune sulla mucosa orale; malessere generale indefinibile. Più tardi cominciarono i vomiti, il dolore alla regione epigastrica estendentesi all'ipocondrio sinistro ed al dorso, e la costipazione ventrale; quindi successivamente le forze sempre più scemarono, la colorazione della cute e della mucosa si fece più intensa, ed il malessere generale divenne talmente insopportabile da rendere pesante la vita, e da far nascere ardente desiderio di perderla senza dare all' inferma nè la forza nè la determinazione di sbarazzarsene. Da ultimo esacerbarono i sintomi gastrici, divenne impossibile la ritenzione di sostanze alimentari nello stomaco, frequentissimo il vomito

ed oltremodo penoso per lo stato di vacuità di quello; a ciò s'aggiunse un'angustia ed una smania eccessiva sostituite a quando a quando da subdelirio; e persistendo tutti gli altri sintomi con un indebolimento straordinario di polsi ed abbassamento di temperatura, l'uno e l'altro progressivi, venne la morte. Alla necroscopia la lesione più cospicua che si rinvenne fu l'alterazione delle capsule soprarenali: questa sola che per le indagini microscopiche praticate risultò di natura infiammatoria, e che potè ritenersi primitiva, valeva a dar ragione dei gravi disturbi osservati durante la vita e della morte seguitane. Tutte le altre lesioni od erano di antica data e divenute come indifferenti all'organismo, od erano di tal fatta da dover reputarsi secondarie dell'alterazione delle capsule soprarenali, per i rapporti che queste coll'intermezzo dei grandi sistemi dell'organismo hanno cogli altri organi. Anche la necroscopia dunque venne a confermare il concetto diagnostico formulato sull'osservazione dei sintomi presentati dall'inferma, ed a convincerci assolutamente, che in questa si era trattato di un vero caso di malattia d'Addison.

Accertato il fatto, vediamo quale sia il valore, che gli si deve attribuire, e se questa nuova forma morbosa, che da ben dieci anni si è introdotta nella nosografia medica sia degna del posto che ha occupato, se debba rimanervi integra e rispettata, ovvero se, immeritevole di tanta distinzione, debba esser tolta dalla sua nicchia, e, fatta in pezzi, distribuita alla svariata congerie delle antiche forme morbose.

Per me, io mi attengo al primo partito, e fin d'ora dichiaro di accettare e sostenere la teoria dell'Addison, ridotta a forma più scientifica dalle osservazioni cliniche più esatte a lui posteriori e dai più recenti ed accurati studi anatomico-patologici; per me dunque la malattia in

discorso colla sindrome completa dei sintomi che ce la rivelano, è una forma morbosa a sè, la quale dipende da un'alterazione delle capsule soprarenali.

Questa proposizione parrà a primo tratto avventata, ed in ogni mente insorgeranno di conserva tutte le obbiezioni che i più valenti oppositori di questa teoria hanno messe innanzi, nonchè le nuove, che la fecondità d'ogni singolo ingegno possa suggerire; ma studiando conscienziosamente i fatti senza idee preconcette, si vedranno naturalmente scaturire dai medesimi validi argomenti in appoggio di quanto ho asserito.

Far dipendere tutti i fenomeni, che si osservano nella malattia d'Addison da un'alterazione delle capsule soprarenali è accordare alle medesime una straordinaria importanza, mentre poi fino al dì d'oggi non si conosce quale ne sia la funzione.

Il *Brown - Sequard* (1) con belle e numerose esperienze fatte sui conigli e su altri animali, ai quali asportò o distrusse in altra guisa le capsule soprarenali, volle provare: che le medesime sono assolutamente essenziali all'esistenza, che la soppressione delle loro funzioni è più rapidamente mortale della soppressione della secrezione orinaria, che una delle loro funzioni sembra essere la modificazione di una sostanza, che altrimenti si trasmuta in pigmento, che per l'ablazione delle capsule soprarenali si altera la composizione del sangue, e che finalmente per la medesima insorgono fenomeni simili a quelli della malattia d'Addison. Ma le sue conclusioni non sono incondizionatamente accettabili, e la maggior parte di esse venne contraddetta se non assolutamente dall'esperienze di *Gratiolet* (2) e di *Philippeaux* (3), che le istituirono su

---

(1) Récherches expérimentales ecc. Arch. Gén. de Médecine. Oct. Nov. 1856.

(2) Comptes rendus dé l'Académie des sciences de Paris 1856.

(3) Idem 1857.

ratti e conigli albini, quasi privi cioè di pigmento, certo da quelle dello *Schiff* (1), che praticò l'ablazione delle capsule soprarenali sul *mus decumanus* e sul *mus rattus*, ed ottenne risultati molto diversi.

Un'altra teoria, che assegnava alle capsule soprarenali una funzione molto importante, fu quella tanto ingegnosa messa innanzi dal *Benvenisti* (2). Egli, appoggiato ad osservazioni di fisiologia umana e comparata, opinò che le capsule soprarenali avessero per funzione di abbruciare il pigmento esuberante, che risulta dalle varie metamorfosi organiche, e che quindi alterate le capsule, e venuta meno la detta distruzione, il pigmento quà e là si depositasse, più specialmente alla cute, come appunto si osserva nella malattia in quistione. Ma contro questa teoria basta opporre i fatti conosciuti di assoluta mancanza congenita delle capsule soprarenali, come per citarne uno quello osservato dal *Martini* di Napoli (3), senza che in quei soggetti si notasse alcuna speciale pigmentazione. D'altra parte quand'anche si potesse ammettere, che tale fosse la funzione delle capsule soprarenali, detta ipotesi non basterebbe a dar spiegazione di tutti gli altri fenomeni gravi, che oltre la colorazione della cute si presentano nella malattia di Addison, e che hanno maggior importanza di quella.

Il *Duclos* di Tours (4) riprodusse più tardi la teoria del *Benvenisti*, e ritenne che i fenomeni della malattia d'Addison fossero l'effetto di un avvelenamento più o meno lento prodotto da eccesso di materia pigmentaria, che le capsule soprarenali alterate non potevano distruggere.

---

(1) Giornale, l'Imparziale di Firenze 1863.

(2) Giornale veneto di Scienze mediche 1857.

(3) Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris 1856.

(4) Bulletin thérapeutique 1863.

Ma se pur non ancora esattamente si conosce quale sia la funzione fisiologica delle capsule soprarènali, le cognizioni che la Scienza possiede sulla loro struttura e sui loro rapporti sono sufficienti a dar ragione dei gravissimi fenomeni, che tengono dietro alla loro alterazione.

Io non verrò qui esponendo minutamente la struttura istologica delle capsule soprarenali, ma mi contenterò di ricordare, che in questi organi i nervi sono straordinariamente numerosi come fece notare giustamente il *Bergmann* (1), e che il *Kölliker* (2) nella sola capsula soprarenale destra contò sino a 33 piccole branche nervose di diverso calibro. Tutti questi nervi provengono dal ganglio semilunare e dal plesso renale, e secondo *Bergmann* vi si troverebbero inoltre alcuni filetti dati dal nervo vago e dal frenico. Per questa grande abbondanza di nervi, onde sono fornite le capsule soprarenali, e per avere nella loro sostanza midollare riscontrate delle cellule nervose, il *Bergmann* stesso ed il *Iaçobson* (3) le ritennero gangli nervosi. Questa opinione fu dimostrata erronea dalle ricerche di *Nagel* (4), d'*Ecker* (5) e di *H. Frey* (6), i quali provarono che le capsule soprarenali sono della natura delle glandole, oggigiorno dette sanguigne o vascolari; resta però sempre fermo che le medesime sono nei mammiferi gli organi più ricchi di nervi; e per questa disposizione e per la presenza delle cellule nervose nella sostanza midollare il *Kölliker* (7) considerò que-

---

(1) Dissert. de gland. supraren. Gottinga. 1839.

(2) Elém. d'Histologie humaine, trad. par *Beclard* et *Sée*. Paris 1856.

(3) Mémoires de l'Académie de Cophenague T. III. 1828.

(4) *Müller* 's Archiv. für Anat. und Physiol. 1836.

(5) Der feinere *Bau* der *Nebennieren*. Braunschneig 1846.

(6) Suprarenal capsules. *Todd* 's Cyelop. of anatomes. Oct. 1849.

(7) Op. cit.

st'ultima, come un apparecchio facente parte del sistema nervoso.

Oltre poi il rapporto di comunicazione che, parlando della struttura delle capsule soprarenali, abbiamo veduto esistere fra le medesime ed il plesso solare, di cui fa parte il ganglio semilunare, pei nervi che da questi vanno a quelle, esiste eziandio un rapporto di sede, giacendo le capsule soprarenali a ridosso dei gangli semilunari, i quali trovansi perciò collocati fra la faccia posteriore di queste e la faccia anteriore dei pilastri del diaframma.

Or dunque partendo da quest'ultimo dato anatomico, una volta che le capsule soprarenali siano colpite da un processo morboso qualunque, che alterandole ne aumenti il volume, esse dovranno necessariamente produrre una compressione sui gangli semilunari, che pel loro volume vi sono più esposti, ed anche da questa compressione soltanto possono provenire i fenomeni tutti della malattia d'*Addison*, che si riducono a disturbi d'innervazione nel sistema nervoso della vita vegetativa, il quale è rappresentato per la maggior parte delle relative funzioni dal ganglio semilunare e dal plesso solare. Se poi si ponga mente, che alla compressione del ganglio semilunare prodotta dall'aumento di volume delle capsule s'aggiunge l'irritazione permanente, che dai nervi capsulari stirati, compressi, alterati dal prodotto morboso, cui trovansi a contatto, viene necessariamente trasmessa al ganglio suddetto ed al plesso solare pel rapporto di continuità, che passa fra loro, si troveranno cause più che sufficienti a disordinare le funzioni di questi importanti centri nervosi, e secondariamente degli organi, che da essi sono regolati.

E questa è pure l'opinione espressa saggiamente dal Prof. *Mattei* di Siena (1) nella sua bella Memoria intito-

---

(1) Giornale — lo Sperimentale — di Firenze. 1863.

lata — Ricerche sull'anatomia normale e patologica delle capsule soprarenali, e considerazioni sull'apoplessia di questi organi e sulla malattia di *Addison* —. Nel cadavere di un adulto colpito da morte quasi improvvisa, ed in quello di un feto morto durante il parto il *Mattei* non trovò lesione capace di produrre così istantaneamente la morte, tranne una apoplessia delle capsule soprarenali, nè si peritò dietro mature considerazioni di attribuire a quella lesione l'esito letale. Egli afferma che la morte in quei casi è dipendente dalla compressione, che la glandola aumentata di volume in seguito all'apoplessia esercita sul ganglio semilunare, nonchè dall'irritazione trasmessa dai nervi capsulari, i quali sono stati meccanicamente alterati dallo stravaso sanguigno. Ed in quanto alla compressione egli osservò nel cadavere dell'adulto la capsula soprarenale ingrandita dal focolaio apoplettico sì strettamente addossata al ganglio semilunare corrispondente, che questo presentando una consistenza maggiore di quella della capsula, aveva scavato nell'ultima una fossetta che lo conteneva: può dedursi da ciò a quale compressione debba essere stato soggetto quel ganglio.

Facendo poscia esperimenti, sui conigli, dalla compressione violenta delle capsule soprarenali ottenne effetti egualmente gravi, i quali trovano riscontro in quelli ottenuti dal *Brown Séquard* (1) mediante lo schiacciamento delle capsule stesse. Convalida ancora la sua opinione colle parole tolte dal *Lobstein* e coll'asserzione del Ruischio, per le quali si afferma che la commozione violenta od un'alterazione grave qualunque dei gangli e dei plessi epigastrici può recare istantaneamente la morte.

Passando quindi il *Mattei* a parlare della malattia d'*Addison*, che ritiene una vera specie morbosa, dice che

——

(1) Loc. cit.

il suo stato patologico non può trovarsi fuori del sistema nervoso ganglionare, e nel disordine delle molteplici funzioni di questo sistema rinviene la generazione dei principali fenomeni, che si fanno palesi nella malattia suddetta, e svolge il suo concetto colle seguenti parole: « Per » la sensibilità del nervo ganglionare si comprende la » manifestazione del dolore lombare; per la sua azione » sui processi assimilativi si comprende la formazione del » colore bronzino della cute e dell' anemia, e quindi il » dimagramento, la flaccidità delle carni e la prostrazio- » ne delle forze; per la sua distribuzione allo stomaco si » comprende il disturbo delle funzioni di questo viscere; » per la sua influenza sul cuore si comprende come il » diffetto d'azione di quest'organo sia maggiore di quello » delle azioni muscolari soggetti alla volontà. »

Ma giunto a tal punto il *Mattei*, il quale non ha avuto la fortuna di trovare nemmeno una volta congiunta coll'alterazione delle capsule soprarenali la pelle bronzina, s'arresta sulla buona via, per la quale si era incamminato, considera come accidentale e non necessaria nella malattia d'*Addison* l'alterazione delle capsule soprarenali, sostituisce un'ipotesi ad un fatto, e propende a riporre in una particolare nevrosi ganglionare il primo e necessario stato morboso della malattia d'*Addison*.

Io però che nel caso osservato trovai colla più completa sintomatologia della malattia d'*Addison* l'alterazione delle capsule soprarenali, io che leggendo nella letteratura medica se non tutte, certo la maggior parte delle storie comunicate di questa malattia trovai che i casi, i quali a buon diritto possono fregiarsi di quel nome, erano tutti legati ad una lesione delle capsule soprarenali, prendo a guida le osservazioni e le considerazioni del *Mattei* e mi avvio a diversa conclusione, che viene a

confermare l'opinione da me già enunciata sullo stato patologico di questa malattia.

Prima però di venire a ciò non sarà fuor di proposito passare in rassegna le teorie d'altri autori, che più s'accostano al concetto del *Mattei* ed a quello da me adottato.

L'*Addison* nel 1858, tre anni dopo la pubblicazione della sua prima Memoria, fermo sempre nell'idea ch'era impossibile di non considerare il cambiamento di colorito della pelle subìto dagl'infermi come il risultato di una lesione delle capsule soprarenali, e probabilmente, solo di questa lesione, pur soggiungeva: « chi può dire quale influenza il contatto di questi organi malati possa avere su quei grandi centri nervosi, e qual parte questi effetti secondari possono prendere nella produzione dei disturbi della salute in generale e degli altri sintomi osservati? »

Dunque anche all'*Addison* era balenato alla mente il giusto concetto, ma troppo ligio alla sua prima e fondamentale opinione si contentò di esternarlo a mo' di quesito, di cui non seppe, nè volle dare una positiva soluzione.

Martineau (1) nella sua pregevole Monografia laddove tratta della natura della malattia d'*Addison*, riferite le parole del Clinico Inglese su accennate, dice che questa maniera di vedere dell'*Addison* unita a quella del *Mattei* potrebbe facilmente essere ammessa a spiegare la causa di questa malattia, e che i fenomeni della cachessia dovuti all'influenza dell'alterazione della glandola sanguigna potrebbero in unione al colorito bruno della cute raggiungere un grado maggiore in forza della lesione nervosa, che definitivamente vi avrebbe la parte principale.

Al *Martineau* tuttavia piace meglio considerare il fatto sotto un altro punto di vista, e ritenere primitiva la nevrosi o l'alterazione nervosa, che fra parentesi confes-

---

(1) De la maladie d'*Addison*. Paris 1863.

sa di non saper quale, secondaria l'alterazione capsulare. In tal modo egli crede essere ancora in accordo colla fisiologia sperimentale, la quale ha dimostrato, che ad una lesione del midollo spinale o del gran simpatico tengono dietro alterazioni delle capsule soprarenali. In appoggio della sua opinione dà inoltre molto valore ad un fatto osservato dallo *Spender*, e riferito nel British medical Journal 1857, nel quale coi sintomi di malattia d'*Addison* si trovò all'autopsia l'assenza completa delle glandole soprarenali. Con tutto ciò nullameno egli intende emettere una semplice opinione, che lascia ai più esperimentati la cura di sviluppare, e nelle sue conclusioni ripete, che la malattia d'*Addison* può essere considerata come una nevrosi avente la sua sede nel gran simpatico, sia dessa primitiva o sintomatica, e che l'alterazione delle capsule soprarenali può essere considerata come secondaria.

Anche il *Martineau*, propendendo ad ammettere primitiva la nevrosi del simpatico o dei grandi plessi epigastrici e secondaria l'alterazione delle glandole soprarenali, sostituisce una vaga ipotesi ad un fatto positivo, giacchè mette innanzi una nevrosi, che egli stesso dice non sapere quale, nè in qual modo abbia origine, per escludere le lesioni materiali, che nei veri casi di malattia d'*Addison* si sono rinvenute sui cadaveri. Nè gli argomenti, che il *Martineau* toglie dalla fisiologia sperimentale hanno per me valore di sorta, poichè il formarsi di alterazioni nelle capsule soprarenali in seguito a lesione del midollo spinale o del gran simpatico non prova, che tutte le alterazioni delle capsule debbano a tal causa attribuirsi, nè che le medesime non possano indipendentemente da quelle ed in modo assolutamente primitivo avere origine. Così p. e. non può dirsi che tutti gli ascessi del fegato sono riferibili ad una ferita del capo, perchè in seguito a taluna di queste ferite si sono veduti for-

marsi ascessi nel fegato; nè che tutti i catarri di vescica sono dipendenti da malattia del midollo spinale, perchè ad alcuna di queste quelli susseguono. Il fatto dello *Spender* da ultimo prova soltanto quello, che io mi guardo ben dal negare e cioè, che può benissimo aver luogo un'alterazione nervosa o nevrosi del gran simpatico, del plesso solare o del ganglio semilunare indipendentemente da qualsiasi alterazione delle capsule soprarenali e perfino dalla loro presenza, e tale nevrosi offrire fenomeni morbosi molto analoghi a quelli, che si osservano nella malattia d'*Addison*.

L'opinione del *Mattei* e del *Martineau* è conforme a quella dell'*Harley*, dello *Schmidt* e dell'*Erichsen* (1), il qual ultimo colla scorta di 48 osservazioni raccolte dalla letteratura medica si mostra inclinato ad ammettere, che la natura e la genesi della malattia d'*Addison* sia da riporre in un'affezione del simpatico, e ciò per la costante presenza e gravezza dei sintomi nervosi, per l'atrofia del plesso solare trovata in un caso da *Queckett*, e per la generale pigmentazione di tutti quanti gli organi massime del cervello.

Io non ho potuto rinvenire una descrizione dettagliata dal caso di *Queckett* citato dall'*Erichsen*, e non so se in quello all'atrofia del plesso solare andasse unita una degenerazione delle capsule soprarenali, ovvero se questa mancasse affatto. Ad ogni modo o esisteva la degenerazione con aumento di volume nelle capsule, ed allora torna facile dare spiegazione dell'atrofia osservata, essendo questa l'esito più frequente nelle parti, che sono soggette ad una permanente compressione, o l'atrofia del plesso era isolata, indipendente da alterazione delle adiacenti ca-

——

(1) Giornale — l'Ebdomadario Clinico — di Bologna. 1863.

psule soprarenali, ed in tal caso valgono le ragioni addotte contro il fatto già discusso dello *Spender*.

Un' altra autorità molto rispettabile in questa quistione é senza dubbio quella di *Sam. Wilks* (1), il quale, in istretta relazione collo stesso *Addison*, tenne dietro alla malattia in discorso fin dai primi tempi, nei quali venne escogitata ed annunziata, ed ebbe in seguito la fortuna di osservarne ben più di 100 casi, (il che non capitò certamente ad alcun altro autore). Nella sua casuistica della malattia d' *Addison*, *Wilks* non riferisce però che 25 casi, dei quali si conservano i preparati anatomico-patologici nel Guy 's Hosp. *Museum:* in questa esso conferma e modifica le viste originali dell' *Addison*, ammette come costante l' alterazione delle capsule soprarenali, e ritiene assolutamente, che la maggior parte dei sintomi e massime la prostrazione generale dipenda dalla parte, che secondariamente vi ha il ganglio semilunare pel suo immediato rapporto colle capsule soprarenali. Nullameno quantunque non conosca la precisa funzione di questi organi, dà molta importanza alla loro alterazione per sè, e dice che quando anche non siano, come dimostra la fisiologia, assolutamente vitali, pure non è a meravigliarsi se a gravi alterazioni dei medesimi segua la morte, avendosi lo stesso esito per degenerazioni delle ovaie, dei testicoli, delle glandole inguinali, organi che certamente non sono essenziali alla conservazione della vita.

La comparazione istituita dal *Wilks* non è d' altronde affatto giusta, perchè in quei casi si trattava senza fallo di degenerazioni maligne delle ovaie, dei testicoli, e delle glandole inguinali, che inducevano una cachessia, la quale giunta all' estremo grado era causa di morte, mentre

---

(1) Guy 's Hosp. Report. 1863. Dalla Rivista di Meissner. Schmidt's Jahrb. 1865.

nel caso della malattia d'*Addison* si tratta di una serie di gravi fenomeni, e se pur si voglia di una cachessia singolare dovuta all'azione nociva dell'alterazione delle capsule soprarenali sui grandi plessi epigastrici; e se il *Wilks* si fosse limitato alla prima parte della sua spiegazione si sarebbe espresso più conforme a verità.

Viene per ultimo il *Meinhardt* (1), che in una recentissima Memoria sulla malattia d'*Addison*, confortato dalle valide autorità di *Niemeyer*, *Bamberger*, *Oppolzer* e *Griessinger* nonchè da quella del *Virchow* (2) ammette senza esitanza quanto anche a lui personalmente constava per la cognizione di due casi osservati nella Clinica del *Niemeyer*, e cioè che la malattia d'*Addison* è costantemente in rapporto con un'alterazione delle capsule soprarenali, e che queste per la loro ricchezza d'elementi nervosi e pei rapporti che hanno coi plessi epigastrici, possono esercitare un'importante influenza sulla loro innervazione. Il *Meinhardt* però si contenta di citare il fatto, e non cerca di dare spiegazione del modo di generazione dei fenomeni, che si osservano.

Se dunque il *Mattei* notò che le capsule soprarenali alterate ed aumentate di volume per uno stravaso sanguigno ledevano per compressione e per irritazione comunicata il ganglio semilunare ed il plesso solare, e che a detta lesione conseguivano fenomeni gravissimi e la morte stessa; se da un lato il *Martineau*, l'*Harley*, lo *Schmidt*, l'*Erichsen* ed altri trovano la miglior spiegazione di tutti i fenomeni della malattia di *Addison*, in un'alterata

---

(1) Wiener medizinische Presse. 1866.

(2) Il Virchow per le numerose nuove osservazioni pare, a quanto disse nel suo Rapporto all'Adunanza dei Naturalisti in Hannover, sia giunto a persuadersi della connessione fra la malattia d'*Addison* e la degenerazione delle capsule soprarenali.

innervazione per nevrosi del gran simpatico; se dall' altro lato *Addison*, *Wilks*, *Virchow*, *Meinhardt* con validi argomenti ammettono costante nella detta malattia l' alterazione delle capsule soprarenali, io fondo queste diverse opinioni in un concetto complessivo, e per la mia propria osservazione, e per la convinzione ricavata dallo studio ponderato dei moltissimi fatti pubblicati pro e contro l'esposta teoria, ripeto che nella malattia d' *Addison* l' alterazione delle capsule soprarenali è costante, e che la lesione dei grandi plessi nervosi è secondaria alla compressione ed irritazione da queste loro trasmessa.

Cercando ora di qual natura sia la alterazione, che alla necroscopia si riscontra nelle capsule soprarenali dei morti per malattia d' *Addison*, vedremo che l' alterazione non è sempre la stessa. Anzi dalla diversità di questa risulta oltremodo opportuno il distinguere la malattia d'*Addison* in *primitiva* e *secondaria:* distinzione che servirà ancora nel confutare gli oppositori dichiarati della nostra teoria.

Deve dunque ritenersi *primitiva* la malattia d'*Addison*, quando in un individuo antecedentemente sano grado a grado si presentano i sintomi tutti che caratterizzano la malattia, la quale in tal caso ha il suo primo punto d' origine nel processo morboso sviluppatosi nelle capsule soprarenali. Ciò però non esclude che talvolta in un periodo più o meno avanzato della malattia od alla morte stessa non possano riscontrarsi in quegli individui alterazioni di altri organi, siano desse della stessa natura di quella che primitivamente colpì le capsule soprarenali, o di natura diversa, siano desse dovute ad una predisposizione dell' individuo ed a cause accidentali, od allo stato di estremo deperimento, in cui la malattia d' *Addison* ha precipitato l' organismo. E giova premettere quest' osservazione, perchè imbattendosi in casi, nei quali oltre all'altera-

zione delle capsule soprarenali propria della malattia d'*Addison* primitiva si rinvenissero alterazioni d'altri organi della stessa o di diversa natura, non si rimanga incerti sul rapporto, in cui queste alterazioni stanno fra di loro, e non si rigetti per tal motivo la distinzione proposta.

All'incontro quando i sintomi propri della malattia in discorso si presentano in soggetti già infermi di un'affezione costituzionale, qual'è la tubercolosi ed il carcinoma, è assai razionale il ritenere che allora non si tratti che di una diffusione del processo morboso già in corso, il quale, invase anche le capsule soprarenali, dà luogo, se non a tutti, alla maggior parte dei fenomeni della malattia d'*Addison*, che deve in tal caso dirsi *secondaria*, perchè costituisce soltanto una complicazione della malattia fondamentale.

Anche il *Virchow* (1) è all'incirca di questa opinione ed afferma, che nel più dei casi la tubercolosi delle capsule soprarenali fa parte di un processo tubercolare più esteso; in un altro punto ammette il cancro secondario delle capsule soprarenali, e lo ritiene capace di produrre talvolta un'intensa colorazione bronzina della cute.

Ed a sostegno della mia distinzione che si dia veramente la malattia d'*Addison* primitiva, lo provano quei casi, nei quali la necroscopia non ha trovato altra lesione valutabile, e capace di produrre un esito letale all'infuori di quella delle capsule soprarenali. A tali casi appartengono quello da me osservato, quello osservato dal *Martineau* (2), dieci casi raccolti da *Meissner* (3), il secondo dei due riferiti da *Meinhardt* (4), quelli di *Ha-*

---

(1) Krankhafte Geschwülste.

(2) Loc. cit.

(3) Loc. cit.

(4) Loc. cit.

berson, di *Jos*, *Meyer* e di *Recklinghausen* citati dal *Meinhardt* stesso, infine altri che troppo lungo sarebbe separatamente enumerare. Quanto alla malattia d'*Addison* secondaria si vedrà in seguito come risulti da esatte osservazioni.

Nella forma primitiva intanto l'esame microscopico delle capsule soprarenali, il solo che possa decidere la questione, parla per un'alterazione di natura infiammatoria a decorso lento; alterazione i cui prodotti hanno molta analogia coi prodotti della tubercolosi, coi quali, massime nei tempi passati, sono stati frequentemente confusi: ma al giorno d'oggi i più autorevoli anatomo-patologi, quelli che hanno col microscopio la maggior famigliarità sono d'accordo nell'ammettere la natura infiammatoria di questa alterazione.

Il *Virchow* (1) pel primo asserisce di aver veduto con egual frequenza tanto la vera tubercolosi delle capsule soprarenali, quanto l'infiammazione, che egli chiama tubercolare appunto per l'analogia che il prodotto di quel cronico processo infiammatorio ha col prodotto del tubercolo nello stadio di rammollimento caseoso.

Il *Niemeyer* nel dare l'epicrisi di uno dei casi di malattia d'*Addison* osservati nella sua Clinica e pubblicati dal *Meinhardt* (2), si espresse colle seguenti parole: « Le » capsule soprarenali non presentano più traccia della lo- » ro normale tessitura, ma invece mostrano i residui di » un rammollimento caseoso, che purtroppo molte volte » si designa ancora col nome di — Tubercolizzazione —. » Nel senso in cui noi usiamo la parola — Tubercolosi —, » in questo cadavere nè i polmoni, nè le capsule sopra- » renali mostrano le traccie di una tubercolosi. »

——

(1) Loc. cit.
(2) Loc. cit.

Il *Wagner* (1) al quale vennero spedite le capsule soprarenali, nonchè porzioni di polmone e di fegato del caso osservato dal Dott. *Praller* d'*Ilmenau* e pubblicato dal Dott. *Stark* nel *Jenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaft,* perchè le esaminasse, e come autorità sommamente competente esternasse il suo giudizio sulla natura della loro alterazione, rispose con queste precise parole: « Quanto m'inviaste l'altro ieri mi ha molto » soddisfatto. Questo appartiene ai casi eclatanti di malat- » tia d'*Addison,* avuto riguardo specialmente all'altera- » zione delle capsule soprarenali. Questa manifesta una » specie di cronica infiammazione, in parte con neofor- » mazione di marcia caseosa nel centro, in parte con neo- » formazione di tessuto connettivo alla periferia, e con » completa distruzione del tessuto tanto in quella, che in » questa. Probabilmente in egual modo si comportano le » affezioni del polmone e del fegato. »

Infine l'esimio Prof. *Cesare Taruffi,* anatomo-patologo di questa R. Università, alla cui gentilezza debbo l'esame microscopico delle capsule soprarenali appartenenti al caso narrato in questa storia, dichiarò pure, che l'alterazione in quelle riscontrata è di natura infiammatoria. La medesima invero offre una sorprendente analogia colla su-riferita alterazione descritta dal *Wagner*. Anche il professor *Taruffi* trovò in quelle capsule scomparsa affatto la loro normale struttura, la sostanza corticale sostituita da tessuto connettivo di nuova formazione, già in parte trasformato in tessuto fibroso, ed invece della sostanza midollare un detrito caseoso contenente grandi vescicole di grasso.

Nella forma secondaria invece il prodotto morboso riscontrato nelle capsule soprarenali sarà della stessa na-

---

(1) Rivista Clinica di Bologna 1865.

tura di quello depositato anteriormente in altri organi dalla malattia, cui si trovava già in preda l'organismo. Di conseguenza nella malattia d'*Addison* secondaria alla tubercolosi ed al carcinoma si vedrà nelle capsule soprarenali il prodotto tubercolare ed il carcinomatoso a diverso grado di sviluppo coi rispettivi caratteri fisici e microscopici.

Della tubercolosi secondaria delle capsule soprarenali è difficile raccogliere dalla letteratura medica esempi ben distinti, appunto per lo scambio che di leggieri avveniva fra il prodotto della tubercolosi e quello dell'infiammazione cronica. Non così è della degenerazione cancerosa, di cui si conoscono parecchi casi ben manifesti. Ad essi appartiene il caso di *Haberson*, in cui la degenerazione cancerosa delle capsule si associò ad una simile delle ovaie; quello di *Pitman*, in cui la degenerazione della capsula sinistra andò unita a due tumori cancerosi uno all'apice del polmone sinistro, l'altro nel fegato (1); inoltre alcune analoghe osservazioni citate brevemente dal *Martineau* (2).

Ma tutta la teoria finora esposta, per la quale i fenomeni morbosi della malattia d'*Addison* debbono avere il loro punto di partenza in un'alterazione delle capsule, sia dessa primitiva ed unica, o sia secondaria ed associata ad altri stati patologici dell'organismo, cadrebbe d'un crollo se non si trovasse modo di dar spiegazione di alcuni fatti trionfalmente messi innanzi dagli oppositori della teoria dell'*Addison*, di alcuni fatti, dico, nei quali, o si ebbe colorazione bruna della cute senza alterazione di sorta nelle capsule soprarenali, ovvero alterazione anche grave

---

(1) Meissner. Loc. cit.

(2) Loc. cit.

delle capsule soprarenali senza traccia di coloramento nella cute.

Quanto ai primi comincerò dal notare, che se la colorazione della cute è il sintomo che più colpisce l'occhio dell'osservatore, non è certamente il sintoma più importante della malattia d'*Addison*, che la colorazione della cute può essere fisiologica, come può essere propria di molti stati patologici diversi da questo; sicchè sarebbe almeno precipitato il far diagnosi di malattia d'*Addison* per questo solo fenomeno, senz' aver prima raccolti tutti i dati anamnestici più esatti, e tutti i fenomeni tanto subbiettivi quanto obbiettivi, che ne costituiscono il quadro sintomatologico. Le osservazioni di colorito più o meno bronzino della cute senza corrispondente alterazione delle capsule soprarenali qualificate per malattia d'*Addison* sono tutte molto incomplete, ed io mi limiterò di dire di quella recentissima del Dott. *Occhini* (1), sulla quale le altre presso a poco possono misurarsi.

Ecco il caso osservato dal Dott. *Occhini*. Un accattone di 68 anni viene trasportato al R. Arcispedale di S. Maria Nuova; lo si trova in istato comatoso con segni di paralisi delle estremità superiori ed inferiori; ha il polso tardo e vuoto, l'impulso del cuore debole, la respirazione rantolosa, deficiente la calorificazione, la pelle tinta fortemente in nerastro ed asciutta. Si sospetta dapprima di un' apoplessia cerebrale, e si apprestano i più urgenti soccorsi; ma pel colorito dello infermo non si rimane contenti al sospetto concepito, e convocato un consulto di parecchi professori di quella scuola di perfezionamento, si viene ad un esame più decisivo per istabilire la diagnosi. La tinta della pelle è il sintoma, cui si dà maggio-

---

1) Giornale — lo Sperimentale — di Firenze 1866.

re importanza; si cerca di mettere quella in rapporto cogli altri sintomi, specialmente colla prostrazione generale e colla debolezza dell'attività cardiaco-vascolare, per trarne fuori un caso di malattia d'*Addison*. Il Clinico professor *Ghinozzi* tuttavia rileva *nello insieme dei fenomeni un qualche cosa di più che accenna a grave compromissione cerebrale* e che deve tener sospeso il giudizio. Esclusi però per eliminazione tutti gli altri stati morbosi capaci di tingere siffattamente la cute, quali sono la melanemia, l'itterizia nera e la cianosi, si tiene per la malattia d'*Addison*, e si presume che la compromissione cerebrale indicata dai sintomi di paralisi non sia che una conseguenza di quella. Dal non aver poi riscontrato alla necroscopia veruna alterazione delle capsule soprarenali il Dott. *Occhini* conclude, che *le capsule soprarenali non possono considerarsi capaci di dar luogo alla malattia dell'Addison*.

Senonchè in quella diagnosi per eliminazione fu dimenticata la prima e più naturale condizione, che si doveva escludere, vale a dire, che quell'uomo dotato per natura di una pelle molto bruna l'avesse ridotta a quel grado in cui si presentò ai medici consulenti, per avere vissuto a lungo fra gli stenti e fra le lordure. E come si può negare che così fosse dal momento che si confessa di non sapere cosa alcuna degli antecedenti di quel povero uomo? Nè vale a rigettare questa supposizione il confronto fatto con un altro accattone circa della stessa età, il quale quantunque vissuto in condizioni analoghe, non identiche, poteva avere bensì la cute di qualità affatto diversa. Invero nessuno vorrà disconoscere che fra diversi individui si diano straordinarie differenze nella qualità e nel colorito della pelle indipendentemente da qualsiasi malattia; e per citare un esempio dirò che al presente nella mia sezione dell'Ospedal Maggiore giace un infermo, la

cui pelle è di un color bronzino così marcato e così bello da far onore a qualsivoglia caso di malattia d'*Addison*. Tale colorazione non occupa soltanto le parti che rimangono esposte all'aria ed alla luce, ma si estende eziandio a tutte le altri parti che sono difese dagl' indumenti, e specialmente all' addome ove osservansi inoltre alcune macchie pigmentarie di diversa dimensione. Appena veduto l' infermo io credetti aver trovato un secondo caso di malattia d'*Addison*, ma alla prima interrogazione fattagli, cioè da quanto tempo portasse la pelle di quel colore, egli mi rispose, che così la ebbe sin dalla infanzia, e che così bruno era pure il padre suo. Dopo tale risposta la tinta bronzina della cute perdeva ogni valore; io passai ad un esame diligente dell' infermo e lo rinvenni affetto da tubercolosi polmonare cronica circoscritta; i sintomi che presentava erano i propri di tal malattia, e non potei rilevarne alcun altro, che potesse mettersi in rapporto colla malattia d'*Addison*.

Quanto poi ai *sintomi d' infralimento delle azioni cardiaco-vascolari, all' ipostenia, alla ipotrofia ognora crescente*, osservati nel caso narrato dal Dott. *Occhini*, meglio che dalla malattia d' *Addison* si potranno ripetere dalla compromissione cerebrale, la quale esisteva davvero, giacchè alla sezione cadaverica si trovò nella cavità aracnoidea uno stravaso di 100 grammi circa di sangue; dippiù essendosi riscontrata nel cuore *una dilatazione dell'orifizio auricolo-ventricolare destro capace di sei dita*, parmi che non sia necessario cercare nella malattia d'*Addison* la causa occasionale di quell'apoplessia.

Da quanto finora si è detto risulta dunque, che i fatti di colorazione della cute senza corrispondente alterazione delle capsule soprarenali fino al presente addotti, non bastano ad infermare la teoria da me sostenuta, e che se nei medesimi si fosse raccolta diligentemente l'anamnesi

e si fosse praticato un accurato esame degli infermi, si sarebbe scoperta la vera ragione di quello stato anormale senza dover ricorrere ad ipotesi che trovano nei fatti meglio studiati una assoluta smentita.

Passiamo ora ai fatti della seconda specie, nei quali alterazioni anche considerevoli delle capsule soprarenali non produssero durante la vita modificazione alcuna nel colorito della pelle.

Dal momento che s'è veduto, che la colorazione bruna non è il sintomo più importante della malattia d'*Addison*, questi fatti perdono molto del loro valore; ma anche fatta astrazione da ciò, essi, a parer mio, possono spiegarsi in due maniere.

Si danno dei casi di malattia di *Addison*, che decorrono con una certa rapidità, e siccome la deposizione di pigmento alla cute succede sempre gradatamente e con molta lentezza, così può avvenire che in quelli si giunga all'esito letale prima che la cute abbia subita una modificazione di colore tale da richiamare l'attenzione dell'osservatore. Così fu nel secondo caso riferito dal *Meinhardt* (1), che è un esempio classico di questa specie. In esso pel suo decorso acuto, durante la vita non si potè fare che una diagnosi di probabilità, ma venuti all'autopsia e ritrovata una grave alterazione delle capsule soprarenali di natura infiammatoria, la sola che nel cadavere potesse dar ragione del decorso e dell'esito osservato, si riconobbe aver avuto che fare con un vero caso di malattia di *Addison*, ed esaminata attentamente la cute, che presentava un colore grigiastro, di cui non si tenne calcolo durante la malattia, si trovò che il medesimo era dovuto ad una incipiente deposizione di pigmento in quan-

---

(1) Loc. cit.

tità maggiore del normale nel reticolo Malpighiano. Questo caso del *Meinhardt* è uno dei più manifesti, come già sopra notai, di malattia d'*Addison* primitiva, ed i casi di tal genere danno evidentemente la prima maniera di spiegazione dei fatti della seconda specie addotti contro la nostra teoria.

Noi vedemmo ancora come un' alterazione delle capsule soprarenali possa avvenire per diffusione alle medesime di un processo grave, che abbia già invase altre parti dell' organismo, e come la tubercolosi specialmente ed il carcinoma sieno i processi neoplastici, che a preferenza secondariamente le colpiscono. Non deve dunque recar meraviglia, se in un organismo attaccato da tubercolosi o da carcinoma, processi che ben presto inducono uno stato di cachessia, un' alterazione successiva delle capsule soprarenali non è capace di offrire tutti i fenomeni della malattia d'*Addison,* massime il coloramento bruno della cute. Se la tubercolosi e più ancora il carcinoma sono ad un periodo avanzato, il sangue si trova in uno stato tale di impoverimento, ed è così deficiente di globuli rossi, che nemmeno la loro totale distruzione basterebbe a dar tanto pigmento da colorire in bruno la pelle.

E tali appunto erano le condizioni nei casi più famosi, che io ora cerco di confutare. In quelli di *Besnier,* di *Peacock,* di *Delpierre* e di *Letenneur* citati dal *Martineau* (1) oltre all' alterazione delle capsule soprarenali si trovarono estese degenerazioni cancerose di altri organi, talchè la prima può ritenersi secondaria di queste, ed avvenuta in un epoca della malattia, in cui l' organismo alterato profondamente non era suscettibile della produzione dei fenomeni propri della alterazione unica primitiva delle capsule soprarenali. Lo stesso dicasi dei casi di *Po-*

——

(1) Loc. cit.

land e di *Hulke* riferiti dal *Meissner* (1), nei quali la degenerazione delle capsule era secondaria di una carie della colonna vertebrale, probabilmente da tubercoli delle ossa.

Questa per me è la seconda maniera più razionale di spiegare quei fatti, in cui si rinvenne l'alterazione delle capsule mancando il coloramento bruno della cute, senza volere per essi negare, che il medesimo nei veri casi di malattia d'*Addison* sia unitamente a tutti gli altri sintomi in rapporto coll'alterazione delle capsule soprarenali.

Ora che ho convalidata di nuovi argomenti l'adottata teoria cercando di spiegare e confutare quei fatti, che accettati incondizionatamente l'avrebbero atterrata, converrebbe mostrare il nesso che passa fra l'alterazione patologica delle capsule soprarenali ed i fenomeni della malattia d'*Addison*, e come l'una si comporti nella produzione degli altri; ma io espressi già la mia opinione in proposito valendomi delle parole, colle quali il *Mattei* dà la spiegazione richiesta, e ritornerò soltanto sopra il punto più dibattuto in questa quistione, quello della pigmentazione della cute e delle mucose, ed indagherò, come dessa possa ripetersi dall'alterazione delle capsule soprarenali. Ammesso in regola generale, che anche la pigmentazione della cute sia un effetto dell'alterata innervazione, come e dove si forma il pigmento, che grado grado va depositandosi nella cute? In mezzo alla congerie delle ipotesi più o meno razionali fatte su questo argomento, a me pure sarà permesso di avanzare un'ipotesi, che se non potrà essere completamente accettata, potrebbe dare occasione a nuove ricerche in una direzione più positiva.

Gli studi istologici e fisiologici recenti hanno dimostra-

---

(1) Loc. cit.

to, che nella milza ha luogo sotto date condizioni una distruzione di globuli sanguigni con produzioni di pigmento. *Kölliker, Ecker, Virchow* ed altri convengono nell'ammettere, che nella polpa della milza esistono cellule ripiene di globuli sanguigni, i quali possono trasformarsi in granulazioni pigmentarie, e così cambiare affatto il contenuto delle cellule suddette. Secondo lo stesso *Kölliker* la distruzione dei globuli sanguigni e la loro trasformazione in pigmento entro le cellule della polpa della milza avverrebbe soltanto in condizioni patologiche, mentre le dette metamorfosi in condizioni fisiologiche si compirebbero entro i vasi.

La patologia d' altronde c' insegna, che quando per una profonda, rapida e grave infezione del sangue da malaria avviene durante l' accesso febbrile una violenta congestione della milza, sotto la medesima si ha una produzione così straordinaria di pigmento, che dalla milza trasportato in circolazione produce emboliti nei diversi sistemi capillari dell' organismo: e da ciò le forme apoplettiche, comatose, pneumoniche ecc. delle febbri perniciose. C' insegna ancora che le stesse alterazioni prodotte da accumulo di pigmento nel sangue si possono avere in forma cronica negl' individui, che per lungo tempo andarono soggetti a febbri da malaria; in questi si aggiunge un coloramento bruno della cute, e così si compie quel complesso di fenomeni proprii della malattia designata col nome di melanemia.

Or bene io ritengo che nella malattia d' *Addison* la maggior quantità di pigmento, che si manifesta mediante il coloramento bruno della cute, provenga dalla stessa origine. La milza di fatto riceve i suoi nervi dal plesso splenico, che è una emanazione del plesso solare, e perciò non sarà difficile persuadersi che, come gli altri organi innervati dai plessi provenienti dal plesso solare risen-

tono i nocivi effetti della lesa funzione di quest' ultimo, effetti che si traducono in varia maniera di disturbi e di alterazioni, così anche la milza deve andar soggetta ad un disturbo d'innervazione, il cui effetto sarà un'alterazione delle sue funzioni, e questa sarebbe appunto una distruzione dei globuli sanguigni contenuti nelle cellule della polpa con maggior produzione di pigmento.

Ma qui alcuno potrebbe dire: voi dunque della melanemia e della malattia d' *Addison* fate una stessa cosa. Non è vero, e se ben si consideri si vedrà che, anche ammessa la mia ipotesi, passa una grande differenza fra queste due forme morbose.

Nella melanemia l'alterazione funzionale e materiale della milza è l'unico punto di partenza di tutti i disturbi e di tutte le alterazioni, che costituiscono il morbo; nella malattia d' *Addison* l'alterazione funzionale della milza da alterata innervazione non è che uno dei fenomeni della malattia; nella melanemia è necessario il precedente dell'infezione da malaria, nella malattia d' *Addison* non lo è, e le cause sono affatto diverse; nella melanemia infine la produzione di pigmento è così copiosa, che, oltre al riscontrarsi sparso nel sangue esaminato al microscopio, esso per sè solo è causa di tutte le alterazioni consecutive, accumulandosi come alla cute così nel sistema capillare dei diversi organi; nella malattia d' *Addison* invece la produzione di pigmento è assai discreta, quasi mai esso si riscontra nel sangue esaminato al microscopio, e non produce altro fenomeno che la colorazione bruna della cute e talvola della mucosa orale, depositandosi in maggior copia là, dove anche fisiologicamente risiede. Dunque la differenza fra la melanemia e la malattia d' *Addison* è essenziale, e la mia ipotesi può reggere senza timore di far nascere una confusione fra queste due malattie.

Della diagnosi differenziale fra la malattia d' *Addison*

e le altre malattie, colle quali essa potrebbe scambiarsi io non mi occuperò, essendo stata questa parte ampiamente svolta da molti degli autori, che hanno trattato l'argomento, fra quali merita speciale menzione il dottor *Valerani* (1), e da tutti essendo quindi conosciuta. Quanto alla diagnosi per via diretta rammenterò soltanto, che per istituirla esatta e sicura nulla si può trascurare di quanto riguarda l'anamnesi, che dev'essere ricercata con una solerte pazienza, e lo stato subbiettivo ed obbiettivo dell'infermo, che dev'essere indagato con diligente perizia; ricorderò che i sintomi più importanti sono quelli d'alterata innervazione, fra i quali primeggiano lo stato d'abbattimento fisico e morale, la prostrazione generale delle forze, il malessere indefinibile, il desiderio della morte; quindi il colorito bruno della cute più espresso ove la cute è fisiologicamente più pigmentata, le macchie pigmentarie qua e là sparse pel corpo e sulla membrana mucosa della cavità buccale, i disturbi gastrici dalla semplice anoressia al vomito ostinato ed alla impossibilità di contenere sostanze alimentari nello stomaco, infine il dolore all'epigastrio estendentesi al dorso.

La prostrazione e la quasi totale deficienza delle forze sarà un sintoma tanto più importante, quando non sia in rapporto collo stato di nutrizione dell'organismo abbastanza florido in confronto. Quando poi tutti gli altri sintomi s'accordino per formulare il concetto diagnostico di questa malattia, la mancanza del colorito bruno della cute non sarà per le ragioni suesposte sufficiente ad infermare la diagnosi; mentre d'altra parte quando oltre al coloramento bruno della cute si riscontrino sulla mucosa delle guancie, delle gengive e del palato le macchie pi-

——

(1) Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino N. 1. e N. 3. 1866.

gmentarie, quelle macchie che danno alla medesima l'aspetto della mucosa della bocca di un cane, s'avrà un criterio prezioso per far diagnosi di malattia d'*Addison*, essendo chè questo segno, sebbene non costante, non è però mai stato riscontrato nelle osservazioni negative raccolte sotto il nome di — pelle bronzina senz' affezione delle capsule soprarenali.

Le cause della malattia d' *Addison* nella sua forma primitiva sono certamente le comuni, e gli autori ne citano a iosa senza sapere a quale dare la preferenza, ma per la rarità con cui si osserva, e per l'organo che rimane colpito, bisogna che la combinazione delle medesime sia oltremodo complicata e difficile ad indagarsi: per la qual cosa converrà rimaner paghi a ben constatare il fatto, lasciando a parte la spiegazione del come le cause abbiano agito a determinarlo. Nella forma secondaria invece non si tratta evidentemente che della diffusione di un processo, che avendo tendenza a guadagnar terreno, lo ha fatto piuttosto in quella direzione, che in un'altra.

Sebbene l'esito della malattia sia stato fino al giorno d'oggi sempre letale, non vien meno perciò l'obbligo di tentare contro di essa la terapia più razionale, almeno a sollievo degl'infermi. Se stabiliti tutti i dati, che meglio possono servire a conoscere questa malattia nei suoi primordi, riesca di farne la diagnosi per tempo, e quando lo stomaco si trovi in condizione di poter tollerare l'ingestione di sostanze medicamentose, si dovrà sulle migliori indicazioni istituire una cura.

Quanto all'indicazione causale è vero che non conosciamo il rapporto diretto fra l'affezione morbosa e le sue cause, nè se di queste le une vi abbiano preso parte più delle altre, ma se però si noteranno cause, le quali palesemente possono avere contribuito allo sviluppo del morbo, e possono ancora contribuire ai suoi progressi, prima

cura sarà di rimuoverle, e di mettere l'infermo nelle migliori condizioni possibili.

Quanto all'indicazione anatomico-patologica la séde profonda ed inaccessibile dell'organo affetto non dà luogo ad agire direttamente contro di esso. Tuttavia trattandósi di una affezione infiammatoria a decorso lento parmi che il miglior mezzo, cui si possa ricorrere siano le applicazioni idroterapiche, specialmente la docciatura fredda graduata alla regione dorsale nella parte corrispondente alla sede delle capsule soprarenali. Il *Trousseau* (1) in un caso ne ebbe buon effetto, ed ottenne qualche miglioramento, che per mala ventura non fu duraturo. A sottrazioni sanguigne nè generali, nè locali non si può pensare in una malattia, ove fra i primi sintomi si nota un'adinamia gravissima.

Per ultimo quanto all'indicazione sintomatica, trattandosi anzitutto di uno stato di estremo indebolimento, e di progressiva denutrizione i tonici in genere saranno tutti indicati: fra questi avranno la preferenza un vitto appropriato, il vino, la china, il ferro, e fra i preparati di quest'ultimo il ioduro di ferro soddisfarebbe, a mio avviso, alla doppia indicazione e del morbo, e delle sue conseguenze. I migliori preparati di ioduro di ferro sono il sciroppo di *Dupasquier* e le pillole di *Blancard*. Si avrà eziandio ricorso ai calmanti, quando l'infermo sia tormentato dal dolore all'epigastrio, al dorso, od altrove.

Tutto ciò che fin qui si è detto riguardo la cura vale per la malattia d'*Addison* primitiva; per la secondaria o si continuerà nella cura diretta contro la malattia preesistente, o s'intraprenderà colla stessa indicazione.

In seguito alle considerazioni fatte io pongo termine al mio lavoro colle conclusioni seguenti:

---

(1) Rivista Clinica di Bologna. 1865.

1. La malattia d'*Addison* costituisce una vera specie morbosa, e tutti i fenomeni, pei quali si manifesta, dipendono da un' alterazione delle capsule soprarenali.

2. Benchè sia ancora ignota la funzione fisiologica delle capsule soprarenali i fenomeni della malattia d'*Addison* si spiegano pei rapporti di sede e di struttura, che quelle hanno col ganglio semilunare e col plesso solare.

3. Anche la pigmentazione bruna della pelle, detta pelle bronzina, e la pigmentazione della membrana mucosa della cavità della bocca possono spiegarsi mediante un' alterata innervazione della milza con maggior produzione di pigmento.

4. La malattia d'*Addison* può essere *primitiva*, e *secondaria*: *primitiva* quando l' affezione delle capsule soprarenali si sviluppa in un organismo pel rimanente sano; *secondaria* quando le capsule soprarenali vengono affette da un processo neoplastico, che da altre parti dell' organismo già attaccate ad esse si estende.

5. Quando la malattia d'*Addison* è primitiva, l'affezione delle capsule soprarenali è di natura infiammatoria. Ciò però non esclude la possibilità di un neoplasma primitivo di questi organi.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Seduta scientifica del 14 marzo 1866.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

PREDIERI Dott. PAOLO. *Delle acque potabili nella provincia di Bologna - Relazione - Bologna* 1866. — RICORDI Dott. AMILCARE *Sull' irreinoculabilità delle forme di sifilide. Considerazioni critiche ed esperimenti clinici. Milano* 1866. — R. ACCADEMIA DI SCIENZE, LETTERE, ED ARTI IN MODENA. *Memorie - Tomo VI. Modena* 1865. — PELLARIN docteur CHARLES. *Le cholèra ou Typhus Indien - Epidémie de* 1865. *Paris* 1866. — NIEMEYER F. *Patologia e Terapia speciale. 2. traduzione italiana -*

Disp. 43 *al* 46 *Milano* 1866. — De Renzi dott. Errico. *Sommario di Anatomìa Microscopica normale e patologica con un'appendice sul microscopio e atlante figurato. Milano* 1865. — Schivardi dott. Plinio. *La trichina spirale e la malattia che essa cagiona - Esposizione scientifico-popolare. Milano* 1866. — Laura prof. Secondo. *La medicina legale, la legislazione ed i medici - Prolusione. Torino* 1866. — *I Sordo-muti, i Magistrati ed i Codici - Pensieri - Torino* 1865. — Garbiglietti dott. Antonio. *Di una singolare e rara anomalia dell'osso iugale ossia zigomatico - Noterella - Torino* 1866.

Dopo l'approvazione del verbale dell'antecedente Sessione, sono presentati dal Presidente i ringraziamenti del dott. *Secondo Laura* per la sua nomina a socio corrispondente.

Il socio cav. prof. *P. Gamberini* presenta il suo *quarto rapporto politico-amministrativo della prostituzione di Bologna per l'anno* 1865 e legge le sue osservazioni intorno le Metropatie delle Prostitute, il quale è già per intero pubblicato.

Terminata la lettura sorge il socio dott. *G. B. Baravelli* il quale dopo avere manifestato dubbi intorno al prodursi di una blennoragia benigna e lieve nell'uomo per avere usato con donna o affetta da catarro uterino semplice o menstruata, essendochè mai egli vidde casi di tal fatta nelle campagne ove i villici non hanno molti riguardi alla nettezza ed alla decenza, si fa a chiedere se sia poi sempre facile l'introduzione di filaccie od altro nel collo dell'utero. Ed i soci prof. *Fabbri* e dott. *Torri* espongon le loro osservazioni su questo argomento, rimarcando fra l'altre che la sonda uterina sarebbe respinta, il che però non accade se venga introdotta appena passata la menstruazione trovandosi allora la mucosa in istato di catarro. Fuori di questa circostanza si penetra bensì nella cavità del collo ma senza procedere più in là. Il *Fabbri* anzi invita i soci ed il disserente a verificare se l'epoca della mestruazione apporti propriamente la mentovata facilitazione, narrando a questo proposito d'avere veduto nel sifilicomio di Torino donne menstruanti in cui l'introduzione di cilindretti nella cavità dell'utero faceva sgorgare maggiore copia di sangue, specialmente quando vi fosse arresto del medesimo.

Si discute pure sulla proposizione, se le donne soggette alla lue venerea incontrino assai più di raro il cancro; e prendono parte alla discussione i soci *Baravelli, Fabbri, Rizzoli, Torri, Belluzzi* e *Verardini* i quali con fatti tolti dalla loro esperienza clinica non appoggierebbero l'antagonismo che alcuno vorrebbe riconoscere fra la sifilide ed il cancro, osservando anzi

che nei conventi di monache nelle vergini, quasi mai si osserva il cancro dell' utero, bensì in esse questo neoplasma coglie la mammella; che se dati statistici sul cancro, portano che le prostitute, di molto non vi figurano egli è forse perchè la prostituta in generale, muore in età non inoltrata. A produrre il cancro concorre un insieme di cause che non sono ancora bene tutte conosciute; convengono molti col *Freschi* e col *Corticelli* che apertamente fanno derivare il cancro dalla diffusione della sifilide, vi hanno localitá perfino, aggiungeva il sig. Presidente, in cui si nota più che in altre frequente la terribile malattia.

Seduta scientifica del 19 *Aprile* 1866.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI.

Comm. Cav. Dott. Trompeo Benedetto. *Cenni storico-statistici intorno all' ospedale della pia opera di S. Luigi Gonzaga - Torino* 1866. — Cristin prof. Almerico. *Sulla trasmissione del tifo contagioso dei bovini ad altri animali - Napoli* 1866. - Ambrosoli dott. Carlo. *Sul modo di curare la sifilide costituzionale colle iniezioni sotto-cutanee di un preparato di mercurio - Esperienze ed osservazioni - Milano* 1866. — Garbiglietti dott. Antonio. *Intorno all' opuscolo del dott. G. Bernardo Davis intitolato Dutch Anthropology - Relazione - Torino* 1866. — Accademia delle scienze dell' Istituto di Bologna. *Memorie - Serie II. Tomo V. Fasc.* 2. - *Bologna* 1866. — Società Agraria provinciale di Bologna. *Annali - Vol. V. Bologna* 1866. — Nardo Dott. Gio. Domenico. *Considerazioni sulla convenienza igienica e morale di non valersi dell' Istituto degli Esposti per allattamento a que' figli legittimi di miserabili i quali non potendo essere nutriti dalle loro madri sono mantenuti dalla carità cittadina. - Venezia* 1865. — *Quali sieno i fatti principali che condurrebbero a supporre essere una mucedinea venefica la causa efficiente del cholera asiatico - Ricerche - Venezia* 1865. — *Considerazioni sulla convenienza sanitaria di vacinare i bambini esposti alla campagna dopo alcuni mesi di vita piuttosto che nell' istituto ove vengono accolti e nei primi giorni della nascita, e sulle avvertenze igieniche da aversi nelle balierìe degli istituti e nei comuni rurali onde impedire la propagazione della sifilide. - Venezia* 1865. — De Meis A. C. *Delle prime linee della Patologia storica - Prelezione al corso di storia della medicina - Bologna* 1866. — Santopadre Dott. Ferdinando. *Sopra un caso di terebrazione del cranio - Considerazioni - Fano* 1866. — Andreucci Avv. Ottavio. *Delle quarantene*

considerate nei loro rapporti politici, sociali ed igienico-sanitari. Prolegomoni storici documentati al dizionario d' igiene quarantenaria e navale - Vol. I. Firenze 1866.

Dopo la presentazione dei libri venuti in dono, vien letto ed approvato il processo verbale della Sessione scientifica del Febbraio p. s. Indi il signor Presidente consegna i due opuscoli del dott. *Nardi* al socio *Pilla* per esame e rapporto, e siccome in uno di essi trattasi di vaccinazione il socio *Brugnoli* si fa a proporre che in oggi, ove tanto si parla della vaccinazione animale napoletana, la nostra commissione si occupi di quest' argomento e vegga se sia utile, conveniente e fattibile coi nostri mezzi istituire ricerche ed esperienze in proposito.

Si annunzia pure l' invito al *Congresso italiano scientifico-letterario-straordinario* che si terrà in Napoli dal 9 al 23 del prossimo Settembre, non che altro al V. Congresso dell' Associazione internazionale per il progresso delle scienze sociali, che avrà luogo in Torino nel prossimo Settembre.

L' oggetto della lettura è stato una Memoria del dott. *Giovanni Pilla*, da esso letta e che ha per titolo — Dell' atrofia, mumificazione e consunzione dei feti che rimangono per del tempo nascosti nell' utero dopo la loro morte, e dell' assorbimento della placenta — ove l' autore con fatti propri e con altri, da altri pubblicati, mostra come il feto morto possa rimanere entro l'utero, quali cambiamenti subisca, e come venga talvolta assorbito.

Dopo la lettura e dopo che il *Pilla* ebbe dati alcuni schiarimenti richiesti dal prof. *Fabbri*, il socio *Baravelli* ricorda di una donna che vive tuttora, e che essendo gravida di tre mesi, ebbe segni di aborto, e dopo qualche tempo emise dalle pudende una piccola gamba di un feto e per del tempo durante la mestruazione escivano ossicini, che ha riuniti e conserva, ma che non compiono l'intero scheletro; la carne ritiene per certo che sarà stata assorbita. Il socio prof. *Brugnoli* avvisando all' importanza che sia bene stabilito, il feto morto rimanere per del tempo nell'utero, rispetto alla determinazione medico legale dell'epoca del concepimento, narra che alcuni anni or sono il socio dott. *Gius. Citarelli* gli inviò un feto che per la grandezza mostrava d' essere di tre mesi, partorito da una donna la quale da 7 mesi era lontana dal marito. Dalla storia riferita che questa donna per tre mesi aveva avuto segni di gravidanza, poi metrorragia e a quando a quando stillicidio di sangue dalle pudende che dopo altri quattro mesi in seguito di violenti dolori addominali emise il feto in discorso, dal presentarsi questo feto alquanto indurito e ratratto il *Brugnoli* aveva emesso il parere che sette mesi

innanzi alla uscita del feto la donna fosse rimasta legittimamente incinta, che al fine del terzo mese fosse avvenuta la morte del feto, e che per altri quattro mesi il feto fosse rimasto entro l'utero.

Dopo altre osservazioni de' soci la seduta fu sciolta.

Seduta scientifica del 3 Maggio 1866.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

R. Accademia delle scienze di Torino. *Atti - Vol. I. Disp.* 1, 2, 3. *Torino* 1866. — Girolami Giuseppe. *Della sistemazione de' manicomi nel Regno d'Italia. Discorsi due ed altri scritti psichiatrici.* *Pesaro* 1865. — Liberali dott. P. L. *Quarta relazione statistico-sanitaria e necrologica del Comune di Treviso, per l'anno* 1865 - *Venezia* 1866. Saviotti dott. Giovanni. *Del Processo patologico della degenerazione amiloide.* - *Torino* 1866. — De Giovanni dott. Achille. *Sul salasso nella cura della pneumonite e sunto ragionato di* 16 *casi a scopo dimostrativo, con alcune osservazioni sul cloro nelle orine dei pneumonici* - *Milano* 1865. — Meloni Satta Cav. dott. Pietro. *Sul rendiconto delle Dermatosi curate nell' Ospedale Maggiore di Milano dal dott. Carlo Pasta - Analisi Bibliografica - Cagliari* 1865. — Giordano Michele. *Metodo razionale di accrescere la ricchezza, la prosperità, e la potenza della Nazione - Bologna* 1866. — Vella M. L. *De l' Antagonisme qui existe entre la strychnine et le curare, ou de la Neutralisation des effets tétaniques de la strychnine par le curare - Paris .... — Esperienze sulla Nicotina - Torino* 1851. — *Risposta ai quesiti sul Cholera proposti al ceto medico nell'anno* 1854. *Torino.*

Dopo la presentazione dei libri e della corrispondenza scientifica ed economica, il socio dott. *F. Verardini* premessa una concisa esposizione delle esperienze di *Chauveau* intorno al metodo di innestare nei vasi linfatici della giovenca la linfa vaccinica per operare la vaccinazione animale, eccita la Società a ripetere questi esperimenti. I soci *Canuti* e *Rasi* nello accogliere la proposta da trasmettere alla nostra commissione di vaccinazione non lasciano di far conoscere gli ostacoli che hanno già incontrato all' attuazione del progetto di esperimentare sul vaccino animale.

Indi il sig. dott. *Eduardo Vecchietti* viene ammesso a leggere una sua Memoria intitolata — *Un caso di malattia d' Addison. Storia e commenti.* Dopo la narrazione del fatto clinico ed anatomico, l'autore riassume gli studi che possiede la Scienza su questo morbo e con argomenti molti di

fisiologia, di patologia e di clinica viene a concludere che desso costituisce una specie nosologica caratterizzata da una lesione delle capsule soprarenali, alle quali in seguito dei rapporti col ganglio semilunare e plesso solare sono da attribuirsi i fenomeni distintivi del morbo, ed il colore bronzino pure si deve attribuire ad alterata inervazione della milza per maggiore produzione di pigmento. Infine dopo avere ancora dimostrato che questo morbo può essere primitivo e secondario, crede che nel primo l'affezione delle capsule sia di natura infiammatoria senza escludere la possibilità di un neoplasma primitivo. Terminata la lettura, il soc. res. *Verardini* dichiara che ha varii appunti da apporre alla Memoria del *Vecchietti* massime intorno l'etiologia assecurata dal morbo d'*Addison*. In grazia però dell'ora tarda la discussione è dal Signor Presidente prorogata ad altra seduta.

Seduta scientifica delli 14 *Giugno* 1866.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI

Rizzetti dott. G. *Brevi cenni sul Cholera di Torino nel* 1865. - *Torino* 1866. — Storer prof. H. R. *Removal of the Womb by abdominal section. Boston* 1866. — R. Accademia delle scienze di Torino. *Atti. - Vol. I. Disp.* 4. - *Torino* 1866. — Giordano Michele. *L'armata italiana in faccia al nemico.* — Angelucci dott. Alessandro. *Intorno l'uso della carne cruda in medicina - Lettera* 2. - *Roma* 1866. — Costallat dott. A. *Instructione populaire pour l'extinction de la Pellagre - Bagnères - De-Bigorre* 1866. — Barrago dott. Francesco. *Sulla anestesìa chirurgica - Cagliari* 1866. — Accademia delle scienze dell'Istituto di Bologna. *Memorie - Serie II. Tomo V. Fasc.* 3. — I. R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti. *Atti. - Tomo II. Serie* 3. *Dispense* 1. - 4. - *Venezia* 1865-66. — R. Istituto Lombardo di scienze e lettere. *Annuario* 1866. *Milano* 1866. — *Rendiconti - Classe di scienze matematiche e naturali - Vol. II. Fasc. IX e X., Vol. III. Fasc. I e II. - Milano* 1866. — *Rendiconti - Classe di lettere e scienze morali e politiche - Vol. II. Fasc. VIII - X, e Vol. III. Fasc. I - III. - Milano* 1866. — Schivardi dott. Plinio. *Rivista Elettrologica - IV. - Milano* 1866. — *L'elettricità nella cura dell'Idrofobia - Osservazioni e speranze - Milano* 1866. — *La noce vomica nella corea - Annotazioni Cliniche - Milano* 1866. — *Sulla teoria delle fermentazioni morbose, e sull'azione dei solfiti e iposolfiti medicinali. Considerazioni ed esperienze cliniche - Milano* 1866.

Il processo verbale della seduta 3 Maggio p. s. è letto ed approvato. Viene annunziata la morte del distinto socio corr. cav. prof. *Giuseppe Del Chiappa* avvenuta il 29 del passato aprile.

Poscia il socio res. dott. *Canuto Canuti* legge un suo scritto intitolato — sulle vaccinazioni e malattie vaiuolose nelle provincie dell'Emilia, Marche ed Umbria durante l'anno 1864.

In questo suo rapporto compilato dall'autore qual conservatore del vaccino, da prima si fa a toccare le più vitali e interessanti quistioni che risguardano la vaccinazione, mentre parlò della efficacia del vaccino qual antivaiuoloso, del pericolo di trasmettere con esso la sifilide, dell'epoca della vita in cui sia bene compiersi l'innoculazione, parlò pure della vaccinazione animale e della necessità che ognora si faccia ricerca del cow-pox affine di rinnovare il più spesso possibile il vaccino umanizzato che ora è in corso. Poscia passa a riferire le note statistiche delle vaccinazioni eseguite in quell'anno, divise nel primo e nel secondo semestre, coll'esito rispettivo, facendo poi confronti colla popolazione il numero dei nati e l'epoca della vita in cui fu eseguita la vaccinazione. Da ultimo parlò dei casi di vaiuolo sia nei vaccinati che nei non vaccinati, non che del modo con cui viene eseguito il servizio vaccinico e delle proposte fatte da esso al Governo per sempre più migliorarlo a vantaggio della pubblica salute.

Terminata la seduta scientifica ebbe luogo una sessione amministrativa e dopo trattati diversi argomenti economici la Società esaurite le pratiche volute dallo Statuto nostro nominava soci residente i signori *Vella* cav. prof. *Luigi* e *Vecchietti* dott. *Eduardo*

NOTIZIE EDITE

—

PATOLOGIA E TERAPEUTICA MEDICA

Brevi cenni sopra la Coca.

Già da anni e anni si parla in Europa della *Coca*: Uomini sommi come Juissieu, Grosse, Clement, Weddel, Murton, Mantegazza e molti altri ci enumerarono le virtù sorprendenti di questa pianta, ne raccomandarono la introduzione: ma con tuttociò nessuno si prese a cuore la sua propagazione, forse trattenuti e dalle grandi difficoltà che s'incontrano per procurarsela e per il prezzo elevato che ha mantenuto fin'ora.

In quanto a me, ogni qualvolta ne' miei viaggi mi veniva dato di presenziare un fatto nuovo comprovante la meritata fama che gode la *Coca* in quelle lontane regioni, nascevami il desiderio d'introdurla e generalizzarla in Italia. Fino d'allora mi proposi vincere tutti gli ostacoli, superare ogni

difficoltà per riescire nel mio intento. Il successo coronò in parte i miei sforzi, sicchè oggi posso offrire questo prezioso medicamento, scevro da qualsivoglia adulterazione, e ad un prezzo sommamente modico.

Ma cos'è questa *Coca?*

L'*Erythronglon Coca* è un arbusto che si coltiva nel Perù, nella Bolivia, nella Repubblica Argentina, nel centro d'America, e anco nel Brasile dove si conosce sotto il nome di *Ipada.*

Sappiamo che i Peruviani conoscevano questa pianta fino dai tempi più remoti; gli antichi Incas ne avevano un rispetto tutto particolare; i sovrani poi ed i sacerdoti erano i soli che potessero masticarne le foglie.

Talora però come speciale favore i sacerdoti stessi distribuivano la *Coca* nelle grandi cerimonie ai benemeriti del paese o a quei forestieri che volontariamente venivano a sottomettersi alle loro leggi. Cosicchè la superstizione popolare non tardò a considerare la *Coca* come il simbolo della Divinità.

Quando gli Spagnuoli poi conquistarono il Perù, ben s'avvidero quanto utile sarebbe stato per essi la coltura di questa pianta; ma per ottenerla era necessario conservare alla *Coca* la sua aureola misteriosa e divina, e nel tempo stesso toglierla dalla esclusiva proprietà dei Sacerdoti del Sole affine di propagarne la sua consumazione fra le caste inferiori.

Ardua impresa era questa, che doveva distruggere superstiziose credenze trasmesse da padre in figlio fra quelle razze primitive tanto tenaci nel conservare i loro usi e riti religiosi.

Contuttociò la tentazione di gustare del frutto proibito prevalse agli scrupoli religiosi; dapprima furono i più arditi che osarono affrontare l'ira celeste, poco a poco però se ne generalizzò l'uso per modo che i conquistatori ne ritrassero sì lucrosi benefizi da destare la gelosia di tutte le nazioni europee.

Le sole mine di Potosi, al dire di scrittori degni di fede, consumavano annualmente da 80 a 100 mila balle di 25 libbre ciascheduna. I proprietari poi delle mine ne facevano giornalmente una giusta distribuzione, giacchè non tardarono a conoscere che la masticazione di queste foglie rendeva gli operai più assidui al lavoro, e più atti a sostenere le fatiche.

Il prodotto annuale di tutte le provincie giungeva talora a due milioni di lire; nè mancavano proprietari le cui rendite annuali si elevassero dai 20,000, fino ai 100,000 franchi.

Colla diminuzione però degli Indiani il commercio interiore andava grado a grado scemando, e avrebbesi detto che s'incamminava alla sua totale estinzione; quando verso la fine del secolo passato sorse di bel nuovo, e questa

volta in siffatta guisa da rivaleggiare le epoche più importanti della sua passata prosperità.

Questo risorgimento non si deve attribuire a mero capriccio, a semplice effetto della immaginazione, ma bensì agli studi ripetuti d'illustri viaggiatori, e alle proprietà veramente meravigliose che questa pianta possiede.

La principale virtù sarebbe quella di farci tollerare un lungo digiuno. Così lo crede il Peruviano, ed è per questo che sempre viaggia con un sacchetto sospeso ai fianchi dove racchiude la sua *Coca* che mastica costantemente.

In generale suol farne un bolo mescolandone le foglie con una pasta alcalina chiamata *Llicta* che estrae dalle ceneri del *Quinoa*, ovvero con la pasta di patate cotte e una cenere qualunque che sia ricca di potassa; cosicchè dalla combinazione degl'alcali della *Llicta* con l'acido della *Coca* ne risulta un sal neutro che facilita la secrezione della saliva.

In verità non so se con questo mezzo il Peruviano intenda nutrirsi veramente o ingannare la fame; sono però disposto a credere che sia piuttosto per ottenere quest'ultimo vantaggio, e ciò per due ragioni; la prima, perchè non credo che le analisi chimiche di questa pianta abbiano mai fatto conoscere che contenga una sostanza nutritiva; la seconda, perchè se egli è vero che l'Indiano tollera la fame senza lagnarsi quando può masticare la sua *Coca*, è vero altresì che ad onta di averne masticata una gran quantità durante una lunga giornata, si getta avidamente sopra un enorme piatto di *Tassajo*, di patate e di *yuca* quando la notte giunge alla sua meta.

M.r Weddel (1) dice che la *Coca*, masticata, produce una eccitazione di un genere particolare che riguarda come assai differente da quella prodotta dagli eccitanti ordinarii e segnatamente dall'alcool. L'azione dell'alcool, dic'egli quantunque sia possente, è con tuttociò passeggiera; lo stimolo invece prodotto dall'*Erythronglon Coca* è lento e sostenuto. Non convengo però con questo autore quando sostiene che la *Coca* perde la sua virtù eccitante se viene amministrata in infusione; ho dati per sostenere che questa azione diminuisce è vero sensibilmente, ma non rimane annullata.

Le foglie della *Coca* hanno un odore analogo a quelle del *tea* ordinario, la sua infusione calda conserva un gradevolissimo aroma che in nulla la cede a quello del *tea* stesso. Presa poi dopo pranzo alla dose di due gramme per ogni tazza d'acqua, è una bevanda che facilita sommamente la digestione e può rivaleggiare col caffè. Dirò di più che mentre quest'ultimo

---

(1) M. Weddel. *Voyage dans le Norde de la Bolivia et dans les parties voisines du Peru.* Paris, 1853.

agisce sopra il cervello, la *Coca* esercita invece la sua azione diffusa sopra il sistema nervoso. Non esito dunque nel proporla come sostitutivo del *tea* e del caffè.

Il professore Mantegazza (1) dice poi che la *Coca*, masticata alla dose di poche dramme, ci fa atti a resistere al freddo, all'umidità e a tutte le cause alteranti dei climi e delle fatiche; che questa pianta preziosa ci rende atti a gravi fatiche, ci ristora dall'esaurimento di forze che tien dietro al consumo delle correnti nervose, di modo che, secondo quest'autore, è l'alimento nervoso il più potente che si conosca.

M. R. Clement (2) è in tutto ciò perfettamente d'accordo col detto professore di Pavia.

Ecco ora quanto dice sopra la *Coca* M. Luis Figuier: (3)

Tutti i viaggiatori che hanno soggiornato al Perù c'insegnano che con l'uso della *Coca* hanno potuto i disgraziati Indiani sostenere la loro esistenza sotto il regime spagnuolo, e che più tardi poi i patriotti Peruviani pervennero ad acquistare la loro indipendenza. Dotata di una facoltà eccitante e tonica questa pianta permise loro di sopportare la fame, la sete, la insonnia, le intemperie delle stagioni, la influenza mortale delle emanazioni metalliche nelle mine, e di resistere alle fatiche incessanti di giorno e di notte che venivano loro imposte.

Questa pianta, al dire di autorità rispettabili, renderebbe dei servigi non meno singolari ai viaggiatori chiamati a percorrere dei paesi paludosi, o le regioni polari, rendendoli meno impressionabili ai miasmi paludosi e al freddo. Infine sosterrebbe le forze vitali al punto da prolungare la vita al di là dei limiti abituali.

Se si mastica poi la *Coca* a dosi alquanto elevate, da 10 a 15 grammi, per esempio, in allora si affaccia uno stato di ubbriachezza, non però quale si osserva allorchè è prodotto da sostanze alcooliche o fermentate, ma piuttosto quale la produce il *Haschisch* degli orientali, senza turbazione alcuna, senza perdita di conoscenza. È piuttosto una calma beata, un'estasi talora, che ci trasporta fra sconosciute regioni; questa poi cessata, ci troviamo freschi di mente e più atti alle fatiche muscolari.

Non so se avanti del dott. Morton vi sia stato alcuno che abbia impie-

---

(1) P. Mantegazza. *Elementi d'Igiene*, Milano 1865.

(2) Clement R., *Travels in Peru and India*. London, 1862.

(3) *L'année scientifique et industrielle*, par M. Louis Figuier, 6 année 1862.

gata la decozione delle foglie di *Coca* nel colèra; so bensì che dopo di lui si è generalizzato dai medici delle Americhe centrali l'uso di questo medicamento in questa terribile epidemia.

Ho visto il dott. Morton impiegare la decozione delle foglie di *Coca* alla dose di quattro o sei grammi in un bicchiere grande di acqua nel colèra semplice, nel colèra accompagnato da sintomi tifoidei, da reazioni encefaliche, da affezioni croniche degli organi addominali e toracici, e ne fui per tal modo soddisfatto che mi proposi non impiegare giammai altro medicamento se mi trovassi nel caso di dovere assistere dei colerici.

La circostanza non tardò a presentarsi, e mi loderò sempre dei felici resultati che ne ottenni.

La *Coca* s'impiega pur anco come preservativo; mi sono stati riportati dei fatti di piantazioni intiere che hanno sfuggito il colèra coll'uso giornaliero della *Coca*, o masticata o presa in infusione; mentre altre piantazioni vicine sono state decimate dal morbo per avere sdegnato l'uso di questo possente preservativo.

Ecco espresse brevemente le virtù di questa pianta benefica e i vantaggi che dal suo uso se ne possono ricavare.

Vorrei aver fatto qualche cosa di utile, introducendomene in Firenze una grande quantità a modico prezzo, e avendo stabilito tali relazioni nel Perù da non esserne mai sprovvisto nel caso che, come lo spero, giungesse a generalizzarsi. (*Sperimentale*, Febb. Marzo 1866).

Dott. P. T.

Ricerche sulle funzioni chimiche delle glandole, e nuova teoria del diabete zuccherino o glucosuria del dott. MIALHE.

Nella seduta del 1° maggio corrente anno l'A. ha letto all'Accademia di medicina il seguente lavoro sotto il titolo suindicato.

Egli dice che per le ricerche fatte si crede autorizzato a conchiudere che le segrezioni sono unicamente sotto la dipendenza del sistema nervoso; che l'influenza dei nervi sulle glandole è affatto analoga all'azione chimica che la corrente della pila esercita su di esse, come già molti fisiologisti avean prima di lui dichiarato. Non è dunque mica esatto il credere, come sembra volersi oggi ammettere da alcuni, « che la segrezione è sempre unicamente

o principalmente un lavoro di eliminazione, che d'ordinario la glandola trova nel sangue che bagna una delle sue superficie, o che attraversa la sua sostanza, tutte le materie di cui si compone l'umore ch'essa vuota dalla superficie opposta (1). » Secondo l'A. in ogni segrezione il liquido segregato differisce chimicamente da quello donde deriva; soltanto, la differenza chimica del liquido che subisce l'azione della glandola e del liquido segregato, che è il risultato di quest'azione, non è sempre ugualmente distinta. Il *minimum* di differenza chimica tra queste due specie di liquidi ha luogo negli apparecchi segretorii propriamente escrementizii, come i reni. Ivi l'apparecchio segretore attinge nel sangue belli e formati la maggior parte dei principii costituenti l'urina; sali minerali, urea, acido urico ed altri prodotti ultimi dell'ossidazione vitale; il che fa che a bella prima si sarebbe tentato di credere con alcuni fisiologisti che tutte le sostanze le quali entrano nella composizione dell'urina esistano in natura nel sangue: tuttavia non è così. Esaminando più attentamente questa quistione non si tarda a convincersi che la segrezione dell'urina non consiste solamente nel passaggio diretto dei principii del sangue attraverso le glandole renali; delle vere reazioni chimiche han luogo durante questo passaggio; è così che presso i carnivori l'acido urico degli urati contenuti nel sangue è messo in libertà, che i fosfati alcalini e terrosi, neutri od anche basici, passano allo stato di fosfati acidi, ecc.; in una parola, in conseguenza dell'intervento nervoso, un liquido alcalino dà luogo ad una escrezione acida.

Nelle segrezioni propriamente dette, cioè le segrezioni recrementizie, il fegato ad esempio, la differenza chimica del liquido ove attinge l'apparecchio segretore e del liquido segregato è ben più distinta: oltre che vi hanno luogo dei fenomeni chimici della natura di quelli indicati, se ne producono di altri d'un ordine puramente fisiologico, che vi si sviluppano sotto l'influenza di certi fermenti, in tutto simili ai fermenti digestivi; in modo che le funzioni elaboratrici che le glandole fan subire alle materie organiche del sangue, per renderle atte a compiere l'azione fisiologica loro dovuta, non sono in realtà che delle speciali metamorfosi digestive; il che si augura l'A. di poter un giorno dimostrare.

Le ricerche intanto menzionate sull'influenza del sistema nervoso nelle segregazioni han condotto l'A. a considerare l'affezione diabetica sotto un nuovo punto di vista. Fin qui si era creduto che il diabete zuccherino o

---

(1) Milne Edvards, Lezioni di fisiologia, t. VII, p. 283.

glucosuria era unicamente dovuto ad un difetto di sufficiente alcalinità del sangue, rendendo impossibile la completa distinzione della glucosi nell'economia animale; oggidì, pur persistendosi a credere che è unicamente per l'intervento degli alcali del sangue che la glucosi ed i suoi congeneri si decompongano, s'ossidino, brucino e divengano dei veri elementi calorifici, opinione questa che ha ricevuto la sanzione di due delle maggiori autorità scientifiche moderne, LEHMANN e LIEBIG (1), bisogna pensare che la causa

---

(1) « Mentre che non si possono fare se non delle ipotesi sulle funzioni » che compiono gli acidi liberi o i fosfati composti nei muscoli, si possono » per lo meno dedurre alquante conseguenze certe dalla presenza nel sangue » di alcali liberi o impegnati in combinazioni poco stabili. Si può infatti » affermare con certezza che gli alcali, nelle condizioni in cui si trovano » nel sangue in circolazione, debbono esercitare un'azione ossidante su di » un certo numero di materie organiche. La chimica ci apprende che a con- » tatto dell'ossigeno atmosferico buon numero di materie organiche si ossi- » dano in presenza degli alcali, più rapidamente almeno che senza il loro » concorso. Bisogna maravigliarsi della rapida combustione che subisce lo » zucchero (glucosi) nel sangue, quando si vede questa sostanza, in presenza » degli alcali, appropriarsi dell'ossigeno combinato e toglierlo all'ossido di » rame ed a molti altri ossidi? (LEHMANN, *Prècis de chimie physiologique animale*, p. 318).

« Lo zucchero di latte e lo zucchero di uva, in presenza degli alcali, » tolgono anche l'ossigeno unito agli ossidi metallici alla temperatura or- » dinaria.

« Un simile effetto è prodotto dagli alcali nel sangue: essi favoriscono » ed aumentano la combustibilità degli agenti della respirazione. » (LIEBIG, *Nouvelles lettres sur la chimie*, p. 171).

Infine ciò che dimostra fino all'evidenza l'indispensabile necessità dell'alcalinità del sangue per la distruzione fisiologica della glucosi, s'è che il dottor W. PAVY, avendo iniettato dell'acido fosforico diluito nella vena giugulare d'un cane, constatò la presenza dello zucchero (glucosi) prodotto nel fegato non solo nel sangue estratto dall'arteria carotide, ma anche nell'urina, mentre che un'altra esperienza in cui iniettò una debole soluzione di carbonato di soda, nessuna traccia di zucchero potè ottenere, nè nell'urina nè nel sangue. (*W. Pavy. Contribution to the pathology of tiver. The influence of an acid in producing saccharine Urine. — Procedings of the Royal society*, 1861, t. XI. p. 336).

prima della glucosuria non risegga interamente in una composizione anormale del sangue, ma bensì in un' affezione essenzialmente nervosa, come professa Cl. Bernard; solamente la nostra opinione, dice l'A., differisce da quella di questo scienziato in ciò, che, per noi, l'affezione nervosa non è affatto limitata allo pneumo-gastrico; è bensì una nevrosi generale. Il diabete è adunque una nevropatia cronica che affetta tutti i nervi che presiedono alle segrezioni.

Questa teoria, oltre che dà la possibilità di spiegare i profondi perturbamenti che i diabetici provano in tutte le loro segrezioni ed i loro apparecchi di nutrizione, ci permetterà un giorno, almeno è da sperarsi, di conciliare le diverse teorie del diabete che sono state man mano proposte, e di meglio precisare le basi del trattamento razionale da opporsi a questa insidiosa malattia.

Son già 20 anni da che fondandosi su ricerche relative alla glucosuria l'A. era stato spinto a stabilire in principio che quest' affezione doveva essere infinitamente più frequente di quello che si supponeva: l'esperienza clinica ha troppo bene dimostrato esser proprio così. Pure la nostra asserzione, dice l'A. era appoggiata su di un'osservazione di cui ci esagerammo allora la portata: supponevamo infatti che il diffetto d'alcalinità dell'economia era unicamente dovuto ad un regime troppo animalizzato avente per risultato di dare origine a degli acidi, e pertanto diminuire l'alcalinità dei nostri umori; mentre che oggidì ci sembra evidente che quest' ultimo fenomeno si connette a dei disturbi nervosi aventi le stesse cause come quelle che rendono le affezioni mentali giorno per giorno più comuni.

(Gazette Mèdicale de Paris. N. 18-.866*).* M.

BIBLIOGRAFIA

Compendio d'Anatomia descrittiva per Giovanni Inzani *già professor d'anatomia descrittiva e topografica. Parma, Tipografia editrice di* P. Graziali 1865.

Di tutte le mediche discipline a nostro avviso la più difficile ad apprendersi; ed appresa a conservarsi ognora nella memoria si è senza fallo l'anatomia. Dessa è quella parte del medico insegnamento a cui si sagrificano i più degli anni e che sventuratamente meno si conosce dalla comune degli esercenti. Si troveranno medici e chirurghi dotti nella fisiologia, nella patologia, nella terapeutica e

così via di seguito, ma nell'anatomia ben di raro o non mai: è un miracolo l'abbattersi in un pratico che pur ne sappia qualche cosa per bene. Funesta ignoranza codesta della quale vuolsene chiamare in colpa segnatamente i più rinomati libri di testo, i quali tutti compilati nel falso scopo di fabbricare valenti anatomici non riescono poi alla fine, per difetto del troppo, ad apprendere quel tanto d'anatomiche cognizioni necessarie a sapersi da chi intende professare la medicina.

Un libro di anatomia umana affinchè possa tornare utile veramente dev'essere e non portare il nome di elementare, come tanti, per ostentata verecondia; deve lasciare da una banda gl'inutili dettagli e le cognizioni tutte di puro lusso scientifico; dev'essere in una parola conciso e chiaro ad un tempo, e conciso tanto che la parte chiamata puramente descrittiva possa venir letta e dimostrata nel breve giro di un anno scolastico. E perchè non accada che la troppa concisione generi oscurità, richiedonsi tavole e di molte: vale assai più una tavola ben concepita che cento descrizioni le piú minute. Un libro di anatomìa sprovveduto di tavole è come un trattato di geografia senza il rispettivo atlante; è un libro, a nostro giudizio, da gittarsi alle fiamme.

Informato pressochè da queste medesime idee il distinto Prof. Cav. *Giovanni Inzani* ha pubblicato non ha guari per le stampe la prima parte di un suo compendio d'anatomia umana corredato di molte tavole illustrative che al pregio artistico congiungono quello eziandio assai più raro e desiderato della chiarezza e della verità.

La parte venuta in luce comprende l'osteologia, l'artrologia, la miologia, la peridesmologia, l'angiologia e la neurologia non che la sintesi di tutti questi sistemi fatta, come dice saggiamente l'autore, allo scopo di rendere più sollecita l'intelligenza dei fatti e più facile il loro ricordo.

Apre il libro con alcune generali nozioni biologiche toccate a larghi tratti e con molta maestrìa ove si scorge che l'autore sa molto più di quello che non dica, e che solo si limita a dire quel tanto che richiede la natura del libro e l'uso a cui è destinato.

Indi entra in materia col trattato delle ossa che descrive molto succintamente ommettendo, con fino giudizio, di fare cenno dell'uso particolare a cui sono destinati i rialzi e le depressioni, le doccie e i canali che qua e colà si riscontrano, per non confondere la mente dello scolaro

costringendolo ad imparare nomi di organi che ancora misconosce. Errore grave codesto di metodo non fuggito dai più accreditati libri di testo, e meno poi dagli stessi insegnanti, i quali non penetrati della difficoltà grandissima che incontra il discente nell'apprendere il linguaggio tecnico, gli scombuiano in guisa tale la mente che il meschinello più non si raccapezza. E valga il vero, a che monta, verbi grazia, mentre si descrive lo sfenoide il ricordare a gente che appena da qualche dì frequenta le sale anatomiche, a che monta replico, il ricordare che nella fossa pterigoidea prende inserzione il muscolo pterigoideo interno e il peristafilino esterno; che nella parte superiore dell'esterna faccia dell'apofisi pterigoidea vi si impianta il muscolo pterigoideo esterno; che il foro rotondo o sfenospinoso è attraversato dall'arteria meningea media; che pel foro grande rotondo, portasi fuori dalla cavità craniense la seconda branca del trigemino; che pel foro ovale esce la terza branca dello stesso nervo, ed entra l'arteria piccola meningea; che pel foro ottico transita il nervo ottico e l'arteria oftalmica; che il canale vidiano è percorso dall'arteria amonima data dalla mascellare interna e dal gran nervo petroso superficiale e dal petroso profondo e così via di seguito che è un vero sfinimento, onde alla fine della erudita lezione è ancor molto se lo studente ricorda che l'osso nel suo insieme ha la forma su per giù di un vipistrello.

Fa seguito al trattato delle ossa quello dei legamenti dove si limita a discorrere del puro necessario a sapersi, nulla dicendo della meccanica dei movimenti, scostandosi perciò, anche qui, dal metodo seguito dalla maggior parte di tutti coloro che lo precedettero e segnatamente dal *Meyer*, il quale fa tale un guazzabuglio per la vaghezza di dare al suo libro un carattere fisiologico da confondere la mente anche di chi è versato non poco nelle anatomiche discipline.

Pur sempre coerente a sè medesimo il distinto autore passa allo studio dei muscoli, e di ciascuno di essi non dice che l'inserzione e l'ufficio; tacendo dei rapporti, non già che tengono in fra di loro, ma coi vasi e coi nervi che li avvicinano: e ciò per non fare menzione di organi che l'alunno non può certamente ancora conoscere. Circa l'inserzione rettifica qua e colà non pochi errori ripetuti da molti facitori di libri; e rispetto all'assegnar loro il modo d'agire, sia isolatamente, sia congiuntamente, ad altri mette a contribuzione gli studi recentissimi *del Duchenne* ed i propri fatti su questo argomento.

Al trattato dei muscoli fa poi seguire quello delle aponeurosi, al quale dà una estensione maggiore di quanto non accade di osservare negli altri libri elementari; estensione giustamente voluta oggidì dalla importanza ch'esse hanno assunto dopo gli studii più recenti d'anatomia topografica fatti segnatamente dai chirurghi francesi. E a questo proposito non posso tacere dal fare un rimprovero agli anatomici tedeschi del giorno, i quali se la passano sopra questo argomento con tale una indifferenza come se i piani aponeurotici per loro non esistessero. Gli è cosa singolare, ma singolare assai il vedere il *Meyer* nel suo trattato d'anatomia fisiologica non tenere parola di una sola aponeurosi che è pur poco; e l'*Hyrtl*, in quello di anatomia topografica, anzichè descriverle per filo e per segno, perdersi a vece di tratto in tratto in scurrilità ed invettive contro i francesi, che forse, a dir vero, spinsero la cosa un po' troppo innanzi moltiplicandole quasi all'infinito.

Dei vasi arteriosi e venosi dice quel tanto che basta a sapersi da un pratico, senza ommettere però in pari tempo di fare menzione dei principali rapporti loro e delle più cospicue anostomosi. Lo stesso si ripeta dei linfatici ove meglio dipinge a larghi tratti che non descriva minutamente.

Ultimo sistema è il nervoso che divide in parte centrale e periferica. Nel trattamento della parte centrale molto si discosta dalla maggior parte degli anatomici, massime per ciò che risguarda la distribuzione delle masse bianche nell'encefalo; sul quale proposito così si esprime — « ... i peduncoli cerebrali nei quali si accumulano i fasci nervosi provenienti dai cordoni delle piramidi, delle olive e dei corpi restiformi offrono due distinte porzioni, l'inferiore o *base* che si interna negli ammassi cinerei intra ed extra ventricolari dei corpi striati: la superiore o *cuffia* che si addentra nella massa dei talami ottici. Oltre ai quali gangli il cono peduncolare si espande in tutti i sensi verso la sostanza cinerea superficiale delle circonvoluzioni; e questo irradiamento è noto sotto il nome di *corona radiata* del *Beil*. »

« Pertanto sembra che sia pure da considerare nello stesso gruppo dell'irradiazione peduncolare, una serie di fasci diretti dall'avanti all'indietro che nel loro insieme rappresentano quanto negli uccelli figura siccome una lamina nervosa frapposta agli emisferi. »

« Tale lamina procede con due fasci circuenti il pe-

duncolo. Uno emerge dal lato interno del peduncolo cerebrale e dalle eminenze quadrigemine; l'altro dal lato esterno di queste: e i due fasci si incontrano presso la commissura anteriore donde si spandono in largo ventaglio. »

« Analogamente nell'uomo e nei mammiferi si scorge una serie di fasci che corrispondono alla parte centrale dell'encefalo e che se mancasse il corpo calloso resterebbero raccolti in massa fra i due emisferi. »

Così fatto sistema di fasci, secondo il nostro autore, sono, procedendo dall'avanti all'indietro: l'orletto di Faville - il rafe del corpo calloso - il setto lucido - la volta a tre pilastri - la tenìa semicircolare dell'*Haller* - l'habene, i quali tutti nella stessa guisa della lamina interemisferica degli uccelli procedono da due cospicue fascicolazioni, l'una interna e l'altra esterna al peduncolo cerebrale che ne rappresentano le origini loro.

La *fascicolazione* interna emana dalla parte interna del peduncolo e dal lato pure interno delle eminenze quadrigemine e si prolunga in avanti fino alla commissura anteriore. La *fascicolazione* esterna sorge ad un tempo dal lato esterno del peduncolo cerebrale, dal lato egualmente esterno delle eminenze quadrigemine e dal talamo ottico, e da questi diversi punti si reca in avanti decorrendo dalla faccia superiore del peduncolo all'inferiore sotto la banderella ottica per raggiugnere in corrispondenza del chiasma la fascicolazione interna colla quale si associa onde originare insieme ad essa i fasci più sopra ricordati.

Da questa succinta esposizione chiaro apparisce, come l'insigne anatomico abbia cercato di ricondurre i varii fasci arenati che hanno origine lungo la linea mediana del cervello alla vera loro significazione, cioè al sistema interemisferico; escludendo per tal guisa l'erroneo concetto introdotto nella scienza da *Gerdy* e *Foville* di anelli avvolgenti i peduncoli cerebrali.

Di quanti fino al presente hanno posto mano in sì fatto spinoso argomento l'unico il quale abbia tentato di coordinare in tutto armonico la complicata distribuzione dei fascì nervosi nel cervello, si è senza forse il nostro autore.

Rispetto alla parte periferica non si discosta da quanto già scrissero in proposito più dettagliatamente il *Valentini* e l'*Hirchfeld* seguendo l'ordine, circa la distribuzione della materia, adotato dalla maggiorità degli ana-

tomici. Solo qua e colà si riscontra fatto ricordo di filamenti nervosi non menzionati da altri, e così ad esempio fa cenno di alcuni rami che il nervo nasale della branca oftalmica del *Villis* dispensa ai muscoli occulari; di rami che il ganglio sfeno-palatino riceve dal ganglio ottico e dal plesso nervoso che circuisce l'arteria sfeno-palatina; come parimenti di altri rami che il medesimo ganglio manda al ganglio oftalmico e al nervo ottico e così via di seguito che la sarebbe opera troppo più che lunga il passarli tutti in rassegna.

Ciascuno poi dei singoli trattati è altresì preceduto da generose nozioni risguardanti la composizione, struttura, forme e distribuzione del tessuto di cui imprende a discorrere figurandovi in prima linea la parte istologica secondo le più recenti osservazioni microscopiche. Niuno ignora quanto siano vecchi, sotto questo punto di vista, i libri di anatomia descrittiva francesi, non esclusi i popolarissimi di *Iamain* e *Sappey* ove appunto la parte istologica v'è per lo più trattata a sproposito.

Dopo ciò noi crediamo, senza tema di esagerare che il Compendio del prof. *Inzani* possa per ordine e distribuzione della materia tenere il confronto con qualsiasi opera identica francese, e per bontà intrinseca colle germaniche più accreditate.

Chiude il libro, o dirò meglio, la parte venuta in luce, la così per lui intitolata — anatomia sintetica o tipi dei principali sistemi del corpo umano —. Lavoro improntato di molta originalità e del quale non è possibile fare un riassunto abbastanza intelligibile senza riprodurre quasi per intero il contesto da cima a fondo; onde ci limiteremo ad offrirne solo un breve saggio affinchè il lettore possa farsi un adeguato concetto dell'importanza e dell'utilità di esso, trascegliendo a questo fine il sistema osseo siccome quello che, per così dire, è la base cui poggia l'intero edifizio scientifico.

Desume l'autore il tipo del sistema osseo dalla parte media del tronco dov'è raffigurato, posteriormente da un anello, la vertebra, che cinge il midollo spinale; ai lati da due archi costo-centrali che circuiscono i visceri, e in avanti dai segmenti dello sterno che completano il cerchio osseo. — L'anello vertebrale non è egualmente sviluppato in tutti i punti; si ingrossa in avanti per formare il corpo, si prolunga in addietro colle apofisi spinose, si estende sui lati colle trasverse. — L'arco contro-costale vuolsi distinguere in tre porzioni, una anteriore cartilaginea che si connette collo sterno, una posteriore

che si articola colla vertebra corrispondente, ed una laterale intermedia alle due prime. Il pezzo sternale si deve considerare qual corpo di una vertebra priva della parte sua essenziale, cioè dell' anello.

Tale si è il tipo fondamentale del sistema osseo; tipo che si rivela eziandio variamente modificato nella costruzione della testa, della cinta scapolare e della pelvica.

La testa risulta dall' insieme di tre vertebre e due archi costali. Le tre vertebre formano il cranio; i due archi costali la faccia. Delle tre vertebre craniensi la prima è rappresentata dal frontale e dalla parte anteriore dello sfenoide; la seconda dalla parte posteriore dello sfenoide e dai parietali; la terza dall' occipite che si articola coll' atlante. Dei due archi costali il primo è costituito dalle ossa zigomatiche mascellari e palatine congiunte nel mezzo dalle nasali e cartilagini loro di prolungamento; il secondo dalla mandibola. Il temporale e l' etmoide sono a considerarsi quali vertebre incomplete come parimenti figurano rudimenti di archi costali arrestati nel loro sviluppo le arcate zigomatiche e le palpebre.

La cinta scapolare formata dalla riunione delle vertebre cervicali, della scapola e della clavicola si riconduce al tipo ravvisando nella radice anteriore delle apofisi trasverse il segmento posteriore delle coste cervicali; nella scapola la fusione dei segmenti laterali o mediani delle medesime; nella clavicola quella degli anteriori. Solo manca in avanti, onde completare il cerchio tipico, la successione dei corpi sternali, il cui concetto, per altro, può considerarsi riprodotto nella linea alba cervicale, analoga anche, per significazione anatomica, all' addominale.

La cinta pelvica costituita dal sacro e dalle ossa iliache si risolve in cinque anelli vertebrali fusi assieme; e in cinque archi costali di cui la sezione posteriore sarebbe rappresentata dalla radice anteriore delle apofisi trasverse delle vertebre sacrali; la sezione anteriore o condrale dal legamento del fallopio, dalla branca orizzontale del pube, e dall' ascendente dell' ischio; la intermedia, dall' osso iliaco. Per la qual cosa, l' osso iliaco nella sua totalità potrebbe risguardarsi come il prodotto di tre archi costali fusi insieme, e dei quali il primo sarìa raffigurato dalla cresta iliaca e dalla crurale arcata; il secondo dal gomito iliaco e dalla branca orizzontale del pube; il terzo dalla parte inferiore dell' ileo e dall' ischio. A completare il numero di cinque coste pelviche ne restano due ancora che, secondo l' autore, permangono sempre allo stato fibroso e sarebbero rappresentate dai legamenti

ischiatici maggiore e minore. Il vano tra l'arco crurale e l'osso iliaco, quello del foro otturatore e i fori ischiatici grande e piccolo debbonsi risguardare quali tratti di spazii intercostali. La colonna sternale mancante vi sarebbe sostituita dalla massa fibrosa cartilaginea della sinfisi pubica.

Nel tronco vede l'autore due poli terminali, l'uno cefalico, e l'altro caudale che sono in aperto antagonismo evolutivo. Infatti nel cefalico gli anelli vertebrali hanno il massimo di sviluppo; nel caudale — cocige — sono appena abbozzati mancando perfino della parte più essenziale vale a dire dell'anello. Così del pari scorge sagliente antagonismo tra la parte tergale e la ventrale del tronco. Nella parte tergale gli anelli vertebrali sono completi; mentre nella ventrale o sono allo stato di semplice rudimento — ossa sternali e nasali —, ovvero surrogati da setti fibrosi — linea alba cervicale e addominale e sinfisi pubica — che ne riproducono solamente il concetto anatomico.

Dopo ciò passa l'autore successivamente alla ricerca del tipo che governa la topografica distribuzione di ciascuno degli altri sistemi, e termina poi con un riepilogo che sarebbe prezzo dell'opera il riprodurre per intero, ove non ce lo vietasse la brevità che ci siamo volontariamente imposti.

Per ultimo ricorderemo che questa prima parte venuta in luce è corredata di un bellissimo atlante ricco di ben centocinquanta figure tutte riprodotte dal vero, meno alcune poche schematiche le quali erano indispensabili alla più facile intelligenza della sintesi anatomica. Figure per la maggior parte ben collocate, semplici e chiare onde mai non accade che l'occhio si smarrisca, come spesso interviene pel soverchio dettaglio. Fra tutte però ci sembrano meritevoli di particolare encomio, quelle dimostrative il sistema vascolare, ma più ancora il nervoso molte delle quali ponno, senza il pericolo d'essere sgarate, tenere il confronto colle migliori dell'*Hyrschefld;* di quel *Hyrschefld* le cui tavole iconografiche sono tutto dì poste a contribuzione e a ruba, tanto è seducente il bello ed il vero.

R. Bertoli.

——

Liquido emostatico balsamico del dottor SIMONE CAPODIECI.

Il 10 Maggio 1866 si eseguivano i primi esperimenti su questo liquido Emostatico nello ospedale degli incurabili di Napoli dal Prof. PIETRO D'ERCHIA alla presenza dei Prof. DE SENA, DE LUCA, SCIBELLI e DATTILO.

Nel 7 Luglio 1866 l'Illustre prof. SCHIFF pubblicò un dettagliato rapporto sulle virtù Emostatiche del liquido medesimo desunto da diversi esperimenti praticati, nel LABORATORIO FISIOLOGICO DEL MUSEO SCIENTIFICO DI FIRENZE alla presenza dei signori componenti la COMMISSIONE SANITARIA MILITARE il Dott. CAPODIECI ed altri DISTINTI SCENZIATI.

Nel primo sperimento fatto a Napoli il Prof. D'ERCHIA incisa per due terzi la circonferenza della carotide d'un agnello *onnino* con bisturì acuto riusciva prima a diminuire poi ad arrestarne totalmente la emorragia in sette minuti, circa, applicando per due volte sulla ferita delle lacce bagnate nell'acqua summentovata — fatta quindi una semplice fasciatura contentiva e legato convenientemente l'animale fu questo lasciato a sè per due ore. — Trascorso questo tempo fu costato che l'agnello non ostante la perdita del sangue, cagionata dall'ampia ferita del vaso, mostrava abbastanza vigoria e *che somministratogli dell'erba incominciò a cibarsi.*

Al quarto giorno, tolto l'apparecchio di medicatura, si osservava nel fondo della ferita un grumo *abbastanza grande e molle, le parti circostanti formanti la ferita erano secche da sembrare, come se fossero state ripulite; erano rosse ma non infiammate, stantechè* I VASI DELLA FERITA STESSA ERANO RISTRETTI.

Nel settimo giorno ispezionata la ferita, fu costatato che nel fondo il grumo si osservava più duro e circoscritto, solamente nelle parti più vicine alla pelle dava segni di incipiente suppurazione. — Nel decimo giorno il grumo era più *solido* e *vacillante.* — Nel dodicesimo era in tali condizioni organiche da mostrare ben prossima la cicatrizzazione. — Da ciò ne emerge che il liquido CAPODIECI coagula infallibilmente gli elementi fibro-albuminosi del sangue, e che messo in contatto con una ferita ne produce la cicatrizzazione senza o con pochissima suppurazione.

Ucciso l'animale ecco quello che mostrò l'accurato esame della ferita.

» 1° Che l'iniezione fu praticata verso il terzo inferiore della carotide sinistra.

» 2° Che la ferita cicatrizzante presentava i caratteri sopra enunciati.

» 3° Che il tessuto connettivo del fascio nerveo-vascolare era più fitto e resistente.

» Che in corrispondenza della incisione arteriosa vi era un tumoretto fusiforme lievemente schiacciato e duro, di circa due centimetri di lunghezza ed uno e mezzo di larghezza, svoltosi sul punto della incisione, occupante l'esterno e l'interno della parete arteriosa incisa ed alla stessa aderente da formare un tutto, e lasciando nell'interno un piccolo lume da far continuare la circolazione, come venne constatato coll'introduzione di un piccolo specillo, e dopo coll'incisione fatta del tumore e della parete arteriosa. »

Il Prof. D'Erchia termina il suo rapporto dicendo che tanto egli quanto i suoi Colleghi si propongono di esperimentare il liquido Capodieci nelle emorragie spontanee passive ed in *altre malattie della stessa natura.*

Il rapporto del Prof. Schiff al presidente della commissione sanitaria militare in data del 7 Luglio 1866 consta di 10 sperimenti eseguiti sopra diversi animali ed alcuni di questi praticati comparativamente tra l'acqua Capodieci, il percloruro di ferro e l'acqua di Rabel.

Ecco le conclusioni che trae il Professore surramentato dai suoi esperimenti:

1° Il liquido Capodieci possiede in sommo grado la proprietà di coagulare il sangue col quale viene in contatto. La coagulazione prodotta negli esperimenti precedenti tanto per la rapidità con la quale si mostravano, quanto per la sua estensione, non potrà essere presa per l'effetto meccanico del contatto delle fila con la ferita.

2° La coagulazione prodotta pel contatto del sangue con questo liquido si distingue dalla coagulazione prodotta per molti altri così detti emostatici pel suo colore e per la sua consistenza. Per questi riguardi il coagulo rassomiglia a quello che si vede nel sangue abbandonato a sè stesso, mentre la maggior parte degli emostatici presi dal regno inorganico producono un coagulo più o meno nero, pastoso e caseoso, il quale per sè stesso se non esiste in gran quantità non è atto a chiudere il vaso e ad arrestare l'emorragia. Quest'ultima, dopo l'applica-

zione, per esempio, del percloruro di ferro, si ferma non pel coagulo nero che cuopre la ferita bagnata di questa sostanza, ma perchè al disotto dello strato del coagulo primario si forma un coagulo secondario più consistente, il quale impedisce in parte l'uscita del sangue dai vasi. Il coagulo primario, prodotto dal liquido Capodieci, ha già interamente la consistenza del coagulo secondario, che si forma al disotto di esso. I due coaguli possono dunque formare un grumo continuo in modo da cooperare ambedue alla chiusura dei vasi.

3° Per la medesima causa il liquido Capodieci pare agire più rapidamente del percloruro di ferro o dell'acqua di Rabel. Il coagulo dopo aver fermata l'emorragia si estende in poco tempo fino nella bocca aperta delle arterie.

4° Per le mentovate proprietà l'acqua di Capodieci è più adattata del percloruro di ferro per servire anche alle operazioni chirurgiche, perchè lascia alla ferita il suo aspetto e il suo colore normale, e si distinguono bene le parti le quali non sono confuse in una pasta oscura, come succede quando si adopra il percloruro di ferro. La costituzione normale del coagulo non irrita la ferita e non introduce un corpo straniero, come è il prodotto del percloruro di ferro e dell'acqua di Rabel.

5° Perchè il coagulo primario, e pure il secondario, non possono al principio che cuoprire la ferita per estendersi poi sino al lume del vasi stessi per produrre il tappo, l'acqua di Capodieci si mostra più attiva, in confronto con gli altri liquidi emostatici, nell'emorragia proveniente da lesioni di grandi arterie, delle quali la bocca aperta permette più facilmente al coagulo esterno di continuarsi fino al lume; mentre che i piccoli vasi e le vene che sono compresse, e non offrono una apertura per l'estensione del coagulo, rimangono soltanto coperte esternamente.

6° Per queste cause nelle ferite complicate di arterie, e di vene l'emorragia venosa si mostra più resistente contro l'azione dell'acqua emostatica. L'emorragia cessa quasi subito quando le aperture sono coperte dal coagulo, o dal piumacciuolo, ma potrà rinnovarsi in un grado più e più debole, quando dopo un tempo più o meno lungo si rimuove il piumacciuolo, ed il coagulo esterno.

7° Ma se nella emorragia complicata si lascia immobile il piumacciolo questa non si rinnova, la ferita guarisce senza essere irritata dalla presenza del liquido. L'e-

morragia una volta frenata è inutile rinnovare il liquido. Abbiamo avuto un successo il più evidente nell'esperienza, ove non abbiamo più mosso il piumacciolo, quando dal principio riempia bene la ferita.

8° L'eterizzazione non impedisce l'effetto emostatico del liquido Capodieci.

9° L'assorbimento del liquido Capodieci pare essere indifferente per l'organismo. Il detto liquido non soltanto può essere preso per la bocca in una quantità di 20 grammi, come fece il sig. Capodieci nella nostra presenza, ma può essere iniettato in grande quantità nelle ferite con vasi aperti o nella cavità addominale senza mostrare un'altro effetto, che l'azione locale sull'emoraggia. Il contatto immediato di questo liquido su i centri nervosi non è irritante. Anche in questi casi il liquido Capodieci si distingue favorevolmente dal percloruro di ferro e sopratutto dall'acqua di Rabel.

10° Il liquido Capodieci non è irritante per i vasi, e non ne preduce la contrazione. Non entra dunque nella serie degli emostatici che agiscono producendo una contrazione vascolare, come lo fanno il freddo, ed il caldo intenso.

11° Fra gli emostatici che agiscono per la coagulazione del sangue, e per la produzione di un trombo nei vasi il liquido Capodieci è il migliore che si è conosciuto, e crediamo di doverlo proporre per l'uso Chirurgico negli Spedali, e nell'Armata.

Il Giornalismo Medico, segnatamente dopo gli esperimenti fatti dal Prof. Schiff, si è validamente impossessato dell'argomento relativo alla utilità che questo emostatico può apportare nelle sue applicazioni, e taluno si è spinto già tanto innanzi da raccomandarne l'uso negli ospedali, specialmente militari, nelle ambulanze ec. *facendo sì che nella sacca dei Medici militari e pur anco nel sacco dei soldati infermi siavi una piccola boccetta contenente il liquido Capodieci* (1). Nè questo è tutto, giacchè, spingendo sempre più le speranze, si è detto anche come tal liquido *potrà avere utilissima applicazione nelle metrorragie, gastrorragie, enteroragie ec. ec. non che nei profluvi mucosi, blenorree, catarri, diarree, dissenterie, e forse anco nello stesso cholera* (2).

---

(1) Vedi l'*Imparziale* del 16 Luglio 1866, pag. 418.

(2) Idem, pag. 419 e 420.

I voti che si fanno dall' esperto medico e giornalista auguriamo che si avverino, ma frattanto senza abbandonarci di troppo a lusinghiere speranze vogliamo tener conto delle conclusioni che lo Illustre Prof. Schiff traeva dai suoi sperimenti, e, stando giusto a quelle, facciamo appello al buon volere del Chirurghi onde si dieno a sperimentare il liquido Capodieci, ed a sperimentarlo specialmente nelle emorragie capillari, come quelle che non di rado mettono in gravi imbarazzi l' uomo dell' arte che deve arrestarle; e qualôra venga a concludersi che anche in quelle il liquido Capodieci possieda virtù stagnotiche superiori agli altri emostatici conosciuti, sempre più ci confermeremo nel concetto che desso sia chiamato a rendere utili ed importanti servigi nella pratica civile, militare ed ospitaliera.

Dott. S. Banti.

ERRATA CORRIGE

del Fascicolo di Giugno.

Errori				Correzioni
pag. 427.	lin. 8	la vertenza	. . . . .	l' avvertenza
„ 465.	„ 2	*sequor*	. . . . .	*sequar*
„ 465.	„ 26	neralgìe.	. . . . .	nevralgìe.
„ 468.	„ 11	*Egrum*	. . . . .	*Ægrum*
„ 468.	„ 14	sapinazione	. . . .	supinazione

MEMORIE ORIGINALI

Eclampsia puerperale complicata a cancro del collo uterino, pel Dott. *Cesare Belluzzi.*

Pochi argomenti di patologia ostetrica sono tanto studiati come l'eclampsia puerperale. Infatti non solo nei trattati ostetrici se ne tratta diffusamente, ma molti lavori speciali si vanno pubblicando su di essa, e i giornali spesso ne fanno parola, ora trattando del nesso che possa esistere fra l'eclampsia delle gravide coll'edema, e coll'albuminuria o di queste e le alterazioni renali; ora riportando storie della malattia, ed ora occupandosi della terapia della medesima.

Se diamo un occhiata infatti alla pregiata Rivista ostetrica che scrive l'egregio sig. Dott. *Casati* negli Annali universali di medicina di Milano, nel fasc. di Gennaio del corr. anno, vi scorgiamo un sunto di lavori speciali sull'eclampsia, di memorie lette ad accademie mediche od ostetriche, e rendiconti numerosi di stabilimenti ostetrici, in ispecie della Germania e della Prussia, nei quali sono notati con special cura i casi di eclampsia.

Uno però io ne ebbi ad osservare in quest' anno con tale associazione che lo rende straordinario, e per cui credo bene renderlo di pubblica ragione.

Il fatto morboso che complicava l' eclampsia fu il cancro del collo dell' utero. A convincersi che ciò debba essere raro, oltre osservare che i trattati ostetrici non ne parlano, si vegga la rivista del *Casati* che ho accennata, nella quale fra 66 casi di eclampsia osservati negli stabilimenti ostetrici di Monaco, Danzica, Dresda, Marburgo, Colonia, Berlino ecc. neppure una volta vi fu il cancro dell' utero.

Ma oltre a ciò mi persuade di esporvi la storia dell' eclampsia osservata, l' esito ottenuto nella medesima dall' intervento dell' arte, che fu, per quanto lo permetteva una malattia uterina tanto grave, il più favorevole per la madre e pel feto, come ognuno potrà convincersene dalla esposizione che passo a farne.

Nel giorno 20 Febbraio del corr. anno fui invitato dall' Ecc.mo sig. Dott. *Argelati* a visitare la sig. *Claudia B....* incinta verso il termine di gravidanza affetta da lieve metrorraggia. Dopo alcune ricerche praticai il riscontro uterino col dito, col quale trovai essere la medesima affetta da voluminoso cancro del collo dell' utero, che l'occupava quasi in totalità, lasciandovi solo immune un piccol tratto a sinistra, mentre a destra aveva anche invaso l' alto della vagina. Era poi tale l' estensione della produzione cancerosa che non si poteva esplorare facilmente il segmento inferiore dell' utero stesso e giudicare della presentazione del feto. Colla palpazione esterna però si diagnosticava la presenza nell'utero di un feto ottimestre in posizione del vertice.

In seguito raccolsi l' anamnesi, che riferisco in breve.

Questa signora aveva 43 anni, la madre sua era anche vivente e sana, il padre morì in età matura in se-

guìto a malattia lenta polmonare. Ad 11 anni fu mensruata regolarmente come lo fu in seguito: a 24 anni andò a marito ed ebbe in pochi anni tre gravidanze. Il primo parto fu regolare, però non allattò, a suo detto per grave debolezza. Nel secondo fu operata dell'estrazione della placenta in seguito di metrorragia, la quale si rinnovò dopo 17 giorni cagionandole sensibile abbattimento pel quale motivo ancora non diede il latte. Il terzo parto fu regolare, però le rimase dopo questo una leucorrea che le durò poi quasi sempre: tanto più dopo questo parto non le fu permesso l'allattamento. Scorsi 15 anni circa rimase incinta dell'attuale gravidanza, che fu molto penosa. Nei primi 4 mesi infatti ebbe quasi di continuo dolori alla regione ipogastrica, non che alla natica e alla gamba della destra parte; e trascorso discretamente il 5° mese, tornò dippoi a soffrire specialmente per dolori alle reni diffondentisi al basso ventre e alla gamba destra.

L'attuale gravidanza era giunta o alla fine dell'ottavo mese o al principio del nono. Il ventre era di un volume discreto, un po' duro e dolente verso l'ipogastro per cui la palpazione non poteva praticarsi bene. L'ascoltazione trovava il doppio battito al disotto dell'ombelico. Il polso era regolare, la nutrizione un poco scaduta, non vi erano però traccie manifeste di cachessia cancerosa nel volto della donna che non mostrava altro d'alterato che un colore circoscritto e pronunziato ai pomelli.

Conosciuta la causa della indicata metrorragia si convenne col medico curante che io sarei chiamato se si rinnovasse per moderarla ed oppormi alla medesima anche col temponamento: come pure che l'avrei assistita nel parto poichè era da ritenersi che la dilatazione dell'utero avrebbe incontrato grandi difficoltà.

Dal 20 Febbraio al 6 Marzo in cui la donna entrò in

travaglio di parto ebbe qualche emorragia uterina, però lieve e accompagnata da pochi dolori.

Nel 6 Marzo suddetto adunque alle ore 6 pom. mentre sembrava entrata in soprapparto fu presa da un accesso di convulsione, che si andò ripetendo. Alle ore 9 quando io la vidi, era assistita nel frattanto dall'amico Dott. *Pilla*, e la trovai priva quasi affatto della conoscenza. Gli accessi avevano l'aspetto dell'eclampsia, il ventre era quasi sempre duro, e la bocca uterina poco o nulla dilatata; era rossa in viso anche cessato l'accesso e il polso si mostrava alquanto duro e frequente. Praticai un salasso di 10 oncie, che si coperse presto di alta cotenna.

Gli accessi di eclampsia andavano seguitando nella notte poco ottenendosi frattanto nella dilatazione della bocca dell'utero. Nelle 5 ant. anzi vedendo che la donna andava aggravandosi e cominciava a trovarsi in pericolo della vita pel rinnovarsi delle convulsiosi se il parto non si terminava, volli esplorare se quella bocca dell'utero si lasciasse dilatare, e a tal fine collocai la donna alla sponda del letto. Trovai che non si poteva penetrare che con due dita attraverso la bocca uterina e che sarebbe allora stato impossibile l'introduzione della mano. Pensai però di rompere le membrane, pratica consigliata per moderare gli accessi dell'eclampsia.

Non avendo poi ottenuto alcun vantaggio, anzi trovandosi sempre più grave lo stato della donna pel ripetersi degli accessi io pensava alla convenienza di terminare il parto, fossero state anche necessarie alcune incisioni nel collo uterino canceroso, e per vedere di togliere gli accessi dell' eclampsia che minacciavano la vita della donna, e per salvare il feto, i cui battiti cardiaci erano sempre sensibili all'ascoltazione.

Il marito però di questa infelice non sapeva decidersi

a permettere alcun atto operatorio che riteneva non poterlo sostenere, aggravata come era, e quasi moriente. Io proposi allora una consultazione la quale era conveniente per più motivi, 1° per sentire se veramente si doveva agire, 2° nel caso affermativo, per persuaderne il marito, 3° per giovarsi dei lumi e della perizia del consulente stesso nell'atto operatorio che poteva presentare gravi difficoltà, ed essere susseguito anche da esito letale. Il prescelto fu il *Rizzoli*, il quale giunse presso l'inferma nelle 7 ant. e vide il 14° accesso.

Visitata la donna convenne che non si doveva lasciarla a sè perchè quantunque in istato gravissimo, pure appoggiando alla propria esperienza, se vi era una speranza contro il pericolo imminente che la minacciava, si era il parto artificiale, il quale era anche richiesto per salvare il feto. Persuaso il marito colle sue autorevoli riflessioni, fu collocata nuovamente la donna alla sponda del letto. Introdotte il *Rizzoli* due dita e quindi tre della mano destra nell'utero tentò dapprima di applicare il suo forcipe, come quello che attesa la sua particolare struttura poteva permettere meglio di ogni altro di insinuarne le cucchiaie attraverso l'angusto canceroso orifizio uterino. Così operando la testa venne afferrata in posizione trasversa, perchè la fronte del feto guardava a destra della madre. Allora egli si propose di praticare col forcipe lievi e dolci trazioni sul capo per estrarlo, e non riescendovi, di valersi del forcipe stesso come si farebbe di un dilatatore, il quale agisse dall'interno verso l'esterno e dall'alto al basso, in modo da ampliare debitamente la bocca uterina. Difatti dopo alcun poco il forcipe avendo lasciata la presa, essendosi però ottenuto il desiato allargameto della bocca dell'utero, piuttosto che ripetere l'applicazione del forcipe, che non avrebbe permesso di bene afferrare la testa del feto in causa della posizione in cui si trovava, e facile invece rendendosi l'in-

troduzione della mano nell'ampliato canceroso orifizio uterino preferì di estrarre il feto col rivolgimento podalico, che infatti egli praticò in pochi istanti, conducendo alla luce una bambina vivente.

Poco dopo essendosi distaccato la placenta ne sollecitò la sortita. Comparve alquanta emorragia che il *Rizzoli* giudicò provenire più dal cavo uterino che dal collo, a frenare la quale giovò oltre il bagno freddo all'addome, l'iniezione pure d'acqua fredda in vagina.

È notabile poi che non si rinnovasse alcun accesso di eclampsia durante l'operazione, la quale venne eseguita con perfetta insensibilità della donna.

Continuò essa nella giornata ad essere assopita e smaniosa ma senza convulsioni. Nella sera alle 9 quantunque macchinalmente, pure trangugiava qualche cucchiaio di bevanda, e nella notte cominciò ad aprire gli occhi e ad acquistare la conoscenza.

Il dì 8 stava benino, i lochi benchè di un sangue alterato fluivano, e la conoscenza era perfetta. Non ricordava nulla di quanto era stato e non sapeva persuadersi d'avere partorito. Il puerperio continuò abbastanza regolarmente per quanto l'affezione cancerosa dell'utero lo permetteva; i lochi sanguigni furono piuttosto di breve durata e la secrezione del latte quasi nulla.

Passato il puerperio la donna si trovava in condizioni migliori di quando era incinta, poichè era meno addolorata e potè quindi essere alzata dal letto. La bambina fu data a balia in campagna, essendo però gracile e debole non è a meravigliare se nel dodicesimo giorno cessò di vivere.

Nel 19 Aprile, 42° di puerperio, ripetei l'esplorazione vaginale, presente il medico curante, e trovai che il cancro dell'utero non aveva molto peggiorato, e il signor dott. *Argelati* la sottopose ad una cura arsenicale.

L'esito che si ottenne collo svuotamento dell'utero in questa donna fu veramente sorprendente. Infatti esso fece cessare come per incanto gli accessi di eclampsia, quantunque fossero trascorse 12 ore, nelle quali ne avvennero 14 o 15 e si trovasse nello stato il più grave, e paresse inutile qualunque soccorso. Quando alcuni autori quasi non consigliano più in simili circostanze l'estrazione del feto, giudicando che seguitano gli accessi. Il *Cazeaux* dice infatti a questo proposito (1).

« In tutti i casi ..... nei quali l'eclampsia durava » diggià da molto tempo, allorchè siamo stati chiamati » presso l'inferma, non abbiamo mai veduto che il ter- » mine del travaglio facesse cessare gli accidenti convul- » sivi, e di rado anche ne diminuì l'intensità. Gli acci- » denti stessi si sono continuati dopo il parto colla me- » desima frequenza e intensità di prima. Tre volte sola- » mente li abbiamo veduti cessare dopo l'applicazione del » forcipe, ma bisogna dire che, presenti al principio del- » l'eclampsia, noi abbiamo potuto estrarre il feto subito » dopo il primo accesso. »

Oltre il caso narrato che mi persuade di non ristarmi, per quanto grave sia lo stato della partoriente, dall'estrazione del feto, i fatti finora occorsimi mi confermano in tale opinione. Infatti dacchè esercito ostetricia ho tenuto conto delle convulsioni puerperali osservate che furono 13, fra le quali 10 eclampsie, 7 volte si venne all'estrazione artificiale del feto, compresa l'attuale, e nessuna di queste donne è morta, e dei feti 5 furono estratti vivi, uno morì durante le convulsioni, un altro lo era da molti giorni. Espongo queste osservazioni in una tavola sinnotica, sulla quale a colpo d'occhio si possono istituire varie riflessioni...

---

(1) Traité Thior. et prat. de l'art des acconchements p. 1766. 6ª Edic.

Quadro sinnotico delle convulsioni osservate nelle puerp

Numero progressivo	Anno	Mese	Primipara o Multipara	Età	Qualità della Convulsione	Numero degli Accessi	Complicazio
1			Multipara	40 circa	Eclampsia nel sopraparto.	vari accessi	Edema alle gam leucoflegmassia
2	1857	Estate	Multip.	35	Eclampsia nel sopraparto.	7 circa	Edema alle gam
3	1860	Genn.	Multip.	32 circa	Convulsioni isteriche e deliqui nel sopraparto.	vari accessi	Debolezza per sa nutrizione.
4	1860	Dec.	Primip.	30 circa	Eclampsia nel sopraparto.	60 circa	Rigidezza della co dell' utero.
5	1863	Marzo	Multip.	38	Eclampsia apoplettica nel sopraparto.	5 o 6	Edema alle ga
6	1863	Aprile	Primip.	28 circa	Eclampsia nel sopraparto e nel puerp.	12 nel sopraparto, 4 dopo.	—
7	1863	Luglio	Primip.	32	Eclampsia e delirio nel sopraparto.	10 circa	Di tempra m sanguigna.
8	1863	Dec.	Primip.	36 circa	Eclampsia nel sopraparto e dopo.	3	Ristrettezza pe
9	1865	Giug.	Primip.	24 circa	Eclampsia nel sopraparto.	10 acces. nel travag. e 4 dopo.	—
10	1866	Febb.	Multip.	43	Eclampsia nel sopraparto.	15 accessi.	Cancro del co dell' utero.

Osser

11	1862	Febb.	Primip. N. P. 33.	21	Eclampsia in gravidanza e nel sopraparto.	Vari accessi	Tifoidea
12	1864	Aprile	Multip. N. P. 18.	38	Convulsioni isteriche gravissime in gravidanza e nel puerperio.	Vari accessi	—
13	1866	Febb.	Multip. N. P. 15.	21	Epilessia in gravidanza e nel sopraparto.	2 accessi nel travaglio.	—

PARTO		Salassi	ESITO PEL		OSSERVAZIONI
ale	Artificiale		Feto	Madre	
e pel ce	—	1	Vivo	Guarita	
ale	—	1	Vivo	Guarita	
	Forcipe	—	Vivo	Guarita	Ebbe in seguito altro parto naturale quindi morì per cancro uterino.
ale	—	1	Vivo piccolo	Guarita	Veduta col sig. dott. Cesare Busi: l'introduz. di una branca del forcipe favorì la dilatazione dell' orifizio uter.
	Forcipe	2	Morto da qualche ora	Guarita	Dopo l' operaz. rimase soporosa fino al dì dopo ecc.
ale	—	1 nel puerp.	Vivo	Guarita	Ebbe dopo la miliara.
	Forcipe	1	Vivo	Guarita	
	Forcipe	1	Morto	Guarita	Il feto era di 7 mesi e morto da qualche giorno.
	Forcipe	2	Vivo	Guarita	Mancò la secrezione lattea.
	Rivolg.	1	Vivo	Inferma di cancro	Operata dal prof. Rizzoli. Soggetto dell' unita storia.
Maternità					
rale t.	—	2	Vivo	Morta	In seguito della tifoidea.
	Rivolgim.	—	Vivo	Guarita	Parto forzato essendo però dilatata la bocca dell'utero.
rale	—	1	Vivo	Guarita	Era epilettica da due anni, dopo il parto gli accessi furono più miti.

Di questi 13 casi, in 12 ho notato la stagione nella quale avvenne la convulsione, e 6 volte successe in inverno, 3 diversamente da quanto venne ad altri osservato, in primavera, 3 in estate e nessun caso nell'autunno.

7 di queste donne erano multipare e alcuna inoltrata anche nell'età. 8 oltrepassavano i 30 anni.

10 furono vere eclampsie, 2 convulsioni isteriche, ed una epilessia.

Il numero degli accessi variò dai 3 ai 60.

4 volte solamente vi fu edema agli arti inferiori. Quanto all'albuminuria nelle urine non potei esaminarla o non vi pensai astretto come era dall'urgenza di soccorrere alla gravezza dei casi.

Quanto alle complicazioni una volta vi era rigidezza ribelle della bocca dell'utero, e altra volta ristrettezza della pelvi e nel caso narrato il cancro uterino. Si trattò sempre di gravidanza semplice, e di presentazione del vertice.

In 7 volte intervenne l'arte, 6 volte fu applicato il forcipe, 5 con esito, una volta dilatò abbastanza la bocca uterina, per cui si rese possibile il rivolgimento, ad onta del cancro dell'utero, che è il caso della storia per me narrata. Altra volta fu fatto subito il parto forzato artificiale (in un caso di convulsione isterica grave) conducendo alla luce il feto col rivolgimento, ed una volta non potè essere introdotta che una cucchiaia del forcipe, ma bastò per operare una certa dilatazione e rendere così possibile il parto naturale.

Quasi tutte queste donne furono salassate: per lo più nel travaglio, ma alcune anche nella gravidanza.

I feti furono vivi eccettuati 2 solamente, come ho detto di sopra.

Tutte le donne operate guarirono, fra le altre una sola

morì per tifoidea che successe all'eclampsia. E quella che forma il soggetto della storia narrata vive ancora proseguendo il cancro le sue fatali evoluzioni.

La quale inferma avendomi prestato occasione di trattenermi col *Rizzoli* sull'argomento della eclampsia puerperale egli mi esternava ampiamente in questa occasione il suo modo di vedere intorno la medesima. Il quale io accenno qui tanto più volentieri perchè mi assicurava avere avuto nella sua pratica un risultato il più soddisfacente nel trattamento curativo, non avendo perduta alcuna donna sul numero rilevante che ebbe ad assistere.

Tralasciando egli di parlare della eclampsia che può anche dipendere da affezioni strumentali dell' asse cerebro-spinale, nota nelle partorienti e nelle puerpere che ne sono prese due particolari stati fra loro differenti. Nel primo che è quello che più di frequente si osserva, si riscontrano i sintomi più o meno manifesti di congestione specialmente al capo.

Nei casi un po' dubbi ad amettere lo stato di iperemia attiva, soccorre lo stato in cui trovansi gli organi genitali, rilevandosi nella vagina e nei tratti di collo dell'utero che ponno essere esplorati, calore, sensibilità, o eretismo. Nelle altre, che sono le meno numerose, vi è veramente debolezza del generale, talora anche clorosi od anemia, mancanza di qualunque congestione anche all'apparecchio genitale, e soltanto uno stato decisamente spasmodico. Nelle prime egli adopera un metodo deprimente o devacuante proporzionato alla intensità della congestione e segnatamente le sottrazioni sanguigne ripetute anche a brevi ore d'intervallo, (1) mentre usa nelle altre i corrobo-

---

(1) A proposito delle sottrazioni sanguigne è notevole avere egli salvato da morte imminente minacciata dall' eclampsia nel sopraparto una signora di questa città di cattiva costituzione colla iugulare ripetuta tre volte, per-

ranti e gli eccitanti, o gli antispasmodici fra i quali riescì assai giovevole l' assa fetida in clistere. Coi quali mezzi non è raro che il travaglio del parto si solleciti e avvenga l'espulsione dell'embrione o del feto dall'utero naturalmente e la successiva pronta scomparsa dell' eclampsia. Che se questo tardi, ed il pericolo sia imminente allora ricorre tanto in un caso che nell' altro, allo svuotamento artificiale dell' utero stesso.

Ed a questa pratica si attiene perchè quantunque egli pensi che la presenza dell' embrione o del feto nell' utero sia la causa che in questi casi determina la eclampsia, e che la congestione od il disordine nervoso che si stabilisce nell' asse cerebro-spinale sia secondario, pur tuttavia alcune volte è di tale entità da costituire un fatto quasi a sè, e non più legato alle condizioni dell' utero e richiedente quindi cure speciali e dirette.

Quanto poi all' albuminuria, alla quale da taluni si accorda tanta importanza nell' eclampsia puerperale, la ritiene piuttosto una complicazione che un elemento della malattia. Infatti varie volte essa manca, come ha osservato anche il *Cazeaux*, il quale dice che sopra cinque casi di eclampsia forse una volta sola viene constatata; poi essa accompagna altri stati morbosi assai differenti. Il fatto stesso che è stato osservato di crescere la quantità dell' albumina nelle urine, cessato l' accesso può far ritenere essere l' albumina piuttosto in dipendenza dell' accesso medesimo. Finalmente, egli dice, come potrebbe altrimenti ritenersi che l' albumina o la crasi sanguigna

---

chè intravide in mezzo alle sfavorevoli condizioni organiche accennate segni di congestione sanguigna al capo.

alterata che l'accompagna possa dissiparsi in un attimo mediante lo svuotamento dell'utero? (1).

Esposte queste idee intorno alla natura e la terapeutica dell'eclampsia, che il *Rizzoli* mi aveva gentilmente comunicato, non voglio tacere ciò che egli mi diceva ancora circa i caratteri distintivi della eclampsia, per soddisfare alle mie ricerche.

Io aveva osservato da molto tempo che gli autori non danno una definizione della eclampsia così propria, che non appartenga anche all'epilessia, nella quale opinione conviene pure il ch. prof. *Fabbri*. Infatti il *Cazeaux* stesso dopo aver detto riguardo all'eclampsia (2). « Fra le » malattie convulsive che possono presentarsi durante la » gravidanza, il travaglio del parto ed il puerperio ve » n'ha una che ha dei caratteri talmente decisi ed una » fisionomia così particolare, che io comprendo con fatica » la confusione che regna ancora oggigiorno nella mag- « gior parte delle opere classiche » ne dà poi la seguente definizione.

« Io comprenderei solamente sotto il nome di eclam- » psia una affezione caratterizzata da una serie di ac-

---

(1) I moderni avevano attribuito tanta importanza all'albuminuria nella eclampsia, da mettere in dubbio se lo svuotamento dell'utero meritasse veramente la confidenza che gli ostetrici vi hanno sempre attribuito. Ora i modernissimi tornano in onore tale pratica togliendo importanza all'albuminuria. Veggasi il *Nimeyer*, il quale quantunque parli per incidenza dell'eclampsia puerperale nel suo trattato di patologia speciale dice tuttavia V. 3. p. 552. « L'eclampsia delle partorienti e delle puerpere non consiste, » dietro le recentissime osservazioni, come si credeva prima in ogni caso » in una intossicazione uremica del sangue, ma spessissimo è in rapporto » con alterazioni morbose dell'utero gravido, col residuarsi frammenti di » placenta dopo lo sgravamento della matrice, e con altre anomalie, in parte » ignote, della gravidanza e del puerperio. »

(2) V. opera citata p. 730.

» cessi, nei quali quasi tutti i muscoli della vita di rela-
» zione, e spesso ancora quelli della vita organica, sono
» convulsivamente contratti; accessi accompagnati per lo
» più o susseguiti dall'abolizione più o meno completa e
» più o meno prolungata delle facoltà sensorie o intel-
» lettuali (1).

Or bene quale differenza corre fra questa definizione e quella dell'epilessia all'infuori della moltiplicità degli accessi? Il *Niemeyer* stesso chiama l'eclampsia una *epilessia acuta* (2) carattere d'altronde insufficiente per costituire una differenza nosologica.

Mi parve piuttosto che i moti convulsivi nell'eclampsia fossero più frequenti e meno estesi che nell'epilessia, nella quale talora sono così energici che vi ha più spesso il bisogno di contenere gli individui che ne sono presi, mentre i moti convulsivi dell'eclampsia si fanno come dicono i francesi *en place*. Dubito però che anche sopra questo carattere, il quale non so se debba ritenersi costante, possa o no stabilirsi la differenza delle due convulsioni indicate.

Il *Rizzoli* a questo proposito avrebbe osservato, che i movimenti clonici nell'eclampsia sono prevalenti in una metà del corpo, e per lo più dal lato destro, mentre nell'epilessia questa differenza non esiste; dippiù che l'accesso eclampsico è preceduto quasi sempre da neuralgia sopraorbitale, che egli avrebbe pure riscontrata o sempre o quasi sempre a destra; finalmente qual terzo carattere differenziale nota il progressivo aggravarsi degli accessi medesimi nella eclampsia.

——

(1) Opera citata p. 231.

(2) Patologia e ter. spec. 1866. Trad. Cantani. V. 3. p. 552.

E qui volgendo al termine il mio tenue lavoro, noterò quali cause della rara associazione del cancro uterino colla eclampsia, che quando l'indicato prodotto eterologo si trova al collo dell'utero si oppone spesso al fecondamento, o avvenuto eccezionalmente è assai probabile l'aborto. Tuttavia anche nei casi limitati di gravidanza giunti a termine colla complicazione del cancro al collo della matrice non si è osservato l'eclampsia tanto spesso come a priori si crederebbe.

A questo proposito io tornerò sopra ad uno de' miei primi lavori inseriti nel Bullettino della Società nostra del 1854 (1) che interessa l'argomento. Io riferiva in quello una osservazione presa dall'Archiv. Gen. de Med. de Paris, di gravidanza complicata a cancro dell'utero, nella quale fu creduto che il parto si protraesse per un tempo notabile; ebbene in essa non vi fu eclampsia. In tal circostanza riferii altri 3 casi di cancro uterino complicato a gravidanza, i soli fino allora avvenuti nella pratica del *Rizzoli,* in uno dei quali solamente successe il parto da sè, essendo occorso nel secondo il rivolgimento, e l'embriotomia nell'altro; ed anche in questi casi non comparve alcun accesso di eclampsia.

A dar ragione della quale rarità serve forse anche la considerazione sulla speciale sensibilità dell'utero. Avviene infatti talora che dopo un parto il più felice succeda la metrite, la puerperale od altro che mette in pericolo la vita della gestante, se non induce la morte; mentre altra volta l'utero fu maltrattato o dal prolungato travaglio, o da lunghe e dolorose operazioni, eppure non è insorto alcun sinistro accidente a disturbare il più regolare andamento del puerperio.

——

(1) Ser. 4. V. 1. p. 193.

Per raccogliere poi dal fin qui detto le deduzioni pratiche più importanti credo di formulare le seguenti proposizioni.

1° Nella eclampsia delle partorienti e delle puerpere non vi è sempre la medesima condizione morbosa.

2° Oltre il fatto principale che è la presenza del prodotto del concepimento nell'utero, in alcune donne vi ha congestione sanguigna al capo più o meno apparente, in altre invece debolezza generale, clorosi o anemia.

3° Nelle prime giova il salasso adoperato coraggiosamente e talora perfino dalle iugulari, non che le mignatte; mentre nelle altre giovano gli eccitanti e gli antispasmodici.

4. L'albuminuria ha una importanza secondaria nella produzione della eclampsia.

5. Il mezzo più valido a vincerla (riparato che siasi alla congestione sanguigna cerebrale o allo stato opposto) si è di favorire o procurare lo svuotamento dell'utero.

6. Il medesimo non solo è utile, quando può effettuarsi in modo facile, nel che quasi tutti convengono, ma altresì quando richiede processi operatori violenti.

7. Il rivolgimento non è temibile, come da alcuni si giudica in vista della irritazione che la mano dell'ostetrico può esercitare sulla superficie uterina.

8. La sua innocuità si deve forse alla prontezza con cui in molti casi si può eseguire questa operazione.

9. L'uso del salasso se vi ha malattia, nella quale sia utile anzi necessario egli è certamente nella eclampsia puerperale accompagnata da fenomemi congestivi, e l'uso del cloroformio per inalazione, e le iniezioni sottocutanee di morfina, che vanno introducendosi nella pratica, non debbono far dimenticare negli anzidetti casi il salasso che ha una riputazione stabilita e ne è il sovrano rimedio.

10. Quantunque avvenga di rado, pure il cancro anche

esteso al collo dell' utero non si oppone alla fecondazione e alla gravidanza protratta fino al termine naturale.

11. Quasi mai avviene che, esso sia complicato ad eclampsia.

12. Quando però ciò ha luogo, anche in tale gravissima associazione è sanzionabile non solo ma è necessario, tardando il parto, di favorire, o procurare lo svuotare l' utero artificialmente, appena ciò sia possibile.

PARTO SPONTANEO DI UN FETO A TERMINE IN DONNA OPERATA DI *Perineo-Cheilorafia* PER CADUTA DELLA MATRICE, NOTA DEL DOTTOR *Giovanni Pilla* MEDICO-CHIRURGO PRIMARIO SOSTITUTO ALLA MATERNITÀ DI BOLOGNA.

I mezzi meccanici incruenti non essendo parecchie volte riusciti a riparare a certi prolassi della matrice, ed avendo anzi tal fiata apportati non lievi mali, fu necessario che alcuni chirurghi, ai quali pur tornava gravoso l' abbandonare la donna in preda a quella malattia, studiassero un qualche processo operatorio cruento, che fosse atto a vincerla, e vincerla stabilmente.

Fra quelli che a tale studio si diedero, merita di essere a buon dritto annoverato il *Chiarissimo sig. Professor Commendator Rizzoli.* E di vero sino dal 1839 (1) Egli praticò in donna affetta da simile morbosità l'escisione longitudinale di alcune pieghe della membrana mucosa tappezzante l' osculo vaginale, coll' intendimento di rendere, mercè il successivo tessuto cicatrizzio contrattile, sì angusto l' ingresso della vagina, che valesse ad op-

(1) Vedi Bull. delle Scienze Mediche della Società Medico-Chirurgica di Bologna - fascicolo di Settembre anno 1839.

porsi ad un nuovo prolasso. Se non che l'esito ottenuto, non rendendo sicuro il *Rizzoli* che sotto l'azione di cause meccaniche diverse, il male potesse recidivare, abbandonò questo processo, e nel 1843 (1), poco pure confidando nella semplice *Episiorafia,* vi sostituì un nuovo processo, e cioè la *Perineo-cheilorafia*, colla quale ottenne risultati felicissimi.

Nè ai soli atti operatori furono rivolti gli studi del *Rizzoli*, chè in quel torno di tempo molto si occupò ancora dell'anatomia patologica delle, comunemente dette, cadute di utero, le quali per le molte osservazioni da Lui fatte nell'Ospedale Provinciale e Ricovero, potè stabilire essere costituite:

1° Da un'arrovesciamento completo della vagina racchiudente il corpo dell'utero in istato fisiologico, o patologico, spostato completamente dalla sua sede e profondamente abbassato, senza che il collo dell'utero stesso abbia sofferto alcun avvertibile mutamento nella sua forma e lunghezza, il quale abbassamento del corpo dell'utero è associato qualche volta alla presenza di tratti più o meno estesi di uretra, di vescica urinaria o di retto intestino.

2° Che in moltissimi altri casi invece, gl'indicati spostamenti sono formati dalla vagina del pari arrovesciata racchiudente non di rado queste ultime indicate parti, ma non già il corpo dell'utero il quale, trovisi o no in condizioni naturali, in causa della resistenza opposta dai suoi legamenti continua a rimanere nascosto entro la pelvi, ma in di lui vece la vagina stessa nasconde specialmente la porzione sopravaginale del collo dell'utero stesso, la quale si è resa longitudinalmente ipertrofica.

---

(1) Vedi Bull. detto fascicolo di Novembre e Decembre anno 1843.

3° Che in alcune altre circostanze, la sporgenza tutta si deve alla longitudinale ipertrofia della porzione intravaginale del collo della matrice soltanto.

4° Infine che in alcune rarissime circostanze il prolasso è dovuto alla contemporanea ipertrofia longitudinale della porzione sopra, ed intravaginale del collo della matrice.

Questi risultati anatomo-patologici, persuasero sempre più il *Rizzoli* della convenienza ed efficacia, nella maggior parte dei casi, del suo processo il quale, come è detto nella Memoria da Lui letta all' Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, nella sessione del 5 Decembre 1861, ed intitolata « *Della Perineo-cheilorafia nella cura dei prolassi della matrice* » (1) consiste nella cruentazione di tutta la superficie interna delle grandi labbra per quel tratto che dall' orlo superiore dell' osculo vaginale si estende fino alla superstite piccola porzione di perineo, il di cui bordo vaginale va pure cruentato, e nel mutuo e stretto contatto in tutta la loro lunghezza ed ampiezza, mercè la sutura clavata, dei due margini laterali largamente cruenti.

Quasi contemporaneamente al *Rizzoli*, la ipertrofia longitudinale della porzione sopravaginale del collo della matrice è stata verificata pure dall'*Huguier* (2), il quale per vincerla, consiglia l'amputazione del collo uterino. Ma il *Rizzoli* nella Memoria superiormente citata, mette a confronto il processo suo con quello dell'*Huguier* e ne mostra la superiorità all'appoggio del fatto clinico e del raziocinio. E che la *Perineo-cheilorafia* vada anteposta all'amputazione del collo dell'utero, lo provano manife-

---

(1) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istit. di Bologna. Tomo 12. Anno 1861.

(2) Memoires de l'Académie Imperiale de Médicine. Tom. 23. Paris 1859.

stamente anche le Memorie dell'egregio collega ed amico Dottor *Federico Romei* (1), dalle quali risulta che in più di trenta casi in cui tale operazione venne dal *Rizzoli* e da altri praticata, il processo del *Rizzoli* oltrechè è di facile applicazione, non ha mai apportate gravi o fatali conseguenze ed ha preservata la donna dalle recidive, cose tutte che non sonosi verificate ogni volta che si amputò l' allungato collo della matrice.

Un' altro vantaggio poi, e vantaggio in alcune date circostanze molto valutabile, si è quello che praticando la *Perineo-cheilorafia* non si priva la donna del dolce piacere di divenire nuovamente madre. Ecco ciò che dice il *Rizzoli* a tale proposito: « Che se per altro taluno mi af-
» facciasse, che operando alla mia maniera nei casi in
» cui il collo uterino è longitudinalmente ipertrofizzato
» non può in causa di ciò sperarsi il fecondamento, io
» allora risponderò, che mentre non scemerebbe per que-
» sto di valore il mio processo quando dovesse applicar-
» si, come avviene più di frequente, a donne le quali
» hanno oltrepassata la critica età, non dovrebbe a parer
» mio neppur proscriversi o posporsi all' amputazione del
» collo uterino anche in quei casi, nei quali le operande
» sono mestruate, avvegnacchè in quelle che tali mostra-
» ronsi e furono operate dall' *Huguier*, in nessuna ebbe
» luogo la fecondazione, la quale invece non mancò in
» una operata al modo mio (2). »

E dopo ciò il *Rizzoli* descrive questo parto che avvenne spontaneamente ed a termine, senza che ne susse-

---

(1) Bull. Scienz. Mediche di Bologna Vol. 21, anno 1864, e, Vol. 24, anno 1865.

(2) Vedi Pagine 285 del Tomo 12. Anno 1861 delle Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, già citato.

guisse alcuna lacerazione nei tessuti artificialmente riuniti e senza che si rinnovasse il prolasso uterino ad onta che la donna riprendesse le sue laboriose occupazioni di cameriera. Termina poi il *Rizzoli* il suo lavoro notando che un'altra da lui operata collo stesso processo trovavasi in gravidanza avanzata.

Di questa mi è grato poter annunziare che giunta al suo termine la gestazione, il parto si effettuò colle sole forze naturali, che minima fu la lacerazione dei tessuti ad arte riuniti, e che la malattia non recidivò, godendo anzi la donna di un perfetto benessere e di una florida salute.

A questi due fatti poi, vi ha da aggiungere anche il seguente, il quale ha presentato alcune interessanti particolarità.

F..... *A*....., di temperamento sanguigno, di costituzione robusta, ben conformata e simmetrica della persona, nel 1858 contando l'età di 19 anni, essendo giunta alla fine della sua prima gravidanza ed entrata in travaglio di parto, espulse spontaneamente il feto, ma manifestandosi una metrorragia dovuta ad inerzia uterina, fu necessario che un Chirurgo praticasse la estrazione della placenta. Abbandonato il letto dopo decorsi pochi giorni di puerperio, incominciò la donna a risentirsi di alcuni incomodi dipendenti da un'abbassamento dell'utero, i quali incomodi si fecero tanto più molesti, quando, col progredire del tempo, l'abbassamento dell'utero si convertì in una patente caduta della matrice. Allora fu tentato di riparare a questo inconveniente, ma nulla essendosi ottenuto coi mezzi adoprati, ed anzi continuando non solo, ma aumentando sempre più le sofferenze della donna, questa decise di sottoporsi alla cura del chiarissimo sig. prof. *Rizzoli*, ed a tal fine il 20 Maggio del 1863 entrò nella Clinica Chirurgica, dal prelodato sig. Professore in quel tempo diretta.

Ivi, esaminato il tumore che pendeva dalla vulva, fu diagnosticato costituire quella caduta della matrice, in cui si verifica la ipertrofia sopra ed intravaginale del collo dell' utero, il quale collo misurava nel suo diametro longitudinale 7 centimetri, ed il diametro trasverso presentava una grossezza due volte circa maggiore della normale: la cura proposta fu la *Perineo-cheilorafia*, la quale, aderendovi ben volentieri l'inferma, venne eseguita il 14 Giugno, essendosi in antecedenza usate le necessarie cure preparatorie. Felice fu l' esito della operazione, e la donna fu per questo licenziata il 20 Agosto dalla Clinica: dipoi in seguito di coito impuro fu obbligata ad entrare il 3 Settembre nello Spedale Maggiore da dove non uscì che il 28 Decembre dello stesso anno 1863, perfettamente guarita. Da quell' epoca in poi, la *F..... A.....* fruì di eccellente salute, ma essendo rimasta nuovamente incinta e la gravidanza essendo giunta al nono mese, fu accolta nella Maternità il 3 luglio del corrente anno (1866). Nostra cura, entrata l'incinta in questo stabilimento, non fu solo di diagnosticare la presentazione e posizione del feto e quant' altro aveva relazione colla gravidanza, ma bensì ancora ispezionammo le parti generative esterne sulle quali era stata eseguita la operazione surricordata, ed esaminammo a quali modificazioni era andato soggetto quel collo dell' utero che tre anni prima presentava una sì rimarchevole longitudinale sopra ed intravaginale ipertrofia. Il risultato delle nostre indagini, fu il seguente: nel mezzo del nuovo perineo osservavasi una cicatrice lineare che ne occupava tutta la lunghezza, la quale dal margine anteriore dell'ano al margine inferiore della vulva era di centimetri 7 e 5 millimetri. Di questi, i 4 centimetri posteriori erano formati da sostanza molto robusta e resistente quali sono i tessuti propri del perineo, mentre gli altri 3 centimetri e 5 millimetri

anteriori erano assai più deboli e cedevoli e vedevansi costituiti dalle grandi labbra. L'orlo inferiore della vulva, regolarmente concavo, distava 3 centimetri dalla commessura superiore. Col riscontro vaginale poi si giungeva a mala pena a toccare il cul-di-sacco della vagina e sentivasi che il lungo collo dell'utero erasi ridotto a sì piccole dimensioni da permettere di diagnosticare attraverso il segmento inferiore dell'utero una presentazione del capo.

Assicuratici della buona presentazione e posizione del feto, non che della lodevole conformazione della incinta, attendemmo che si manifestasse il travaglio del parto per assistere la donna, desiderosi di osservare il modo col quale esso parto sarebbesi compiuto e di vedere le alterazioni che sarebbero nel perineo accadute.

Non fu lunga la nostra aspettativa, poichè alle 6 e mezza antimeridiane del 18 luglio, la donna dopo un travaglio di 29 ore e mezzo, computando dai primi, primissimi dolori al completo svuotamento dell'utero, diede spontaneamente alla luce un feto maschio, vivo, sul quale si presero le seguenti misure:

Grande circonferenza del capo . . .	Centimetri	34, 5
Diametro occipito-mentale.	»	12, 5
» occipito-frontale	»	11, 5
» sott'occipito-bregmatico. . .	»	10, 0
» mento-frontale	»	10, 0
» bi-parietale.	»	09, 5
» bi-temporale	»	09, 5
» bi-acromiale	»	13, 0
» bis-iliaco.	»	09, 0
Peso del feto.	Grammi	2, 845

Presenti al parto erano il sig. Prof. *Rizzoli*, che avendo, come dissi, operata la donna di *Perineo-cheilorafia* venne invitato, il Medico Direttore Dott. *Cesare Belluzzi,*

il Medico Assistente Dott. *Gaspare Vaccari*, due Alunne Levatrici, ed io stesso. Noi tutti potemmo constatare la regolarità di questo travaglio sia in complesso sia nei singoli suoi periodi. Giunta poi che fu la testa fetale al fondo del catino, il perineo incominciò a cedere e si lasciò distendere nel modo il più normale, e quando succedette la espulsione del feto, accadde bensì la lacerazione di quel tratto di grandi labbra ch'era stato artificialmente riunito, ma rimase illeso tutto il tratto posteriore che costituiva veramente il perineo: risultato questo che non sempre si ottiene nei parti i più spontanei e naturali.

Il puerperio è decorso regolarissimo, ed egualmente regolare ha progredita la involuzione dell'utero, se non che mentre il corpo di questo viscere riacquistava la posizione, il volume e le dimensioni sue naturali, la sola porzione intravaginale del collo della matrice, che negli ultimi periodi della gravidanza, dispiegandosi, avea concorso a formare il segmento inferiore dell'utero, ridiveniva longitudinalmente ipertrofica e tendeva colla sua bocca presentarsi all'osculo vaginale. Sebbene questa ipertrofia potesse essere abbandonata a sè stessa, pur tuttavia nel timore che pel proprio peso riuscisse col tempo a stirare l'utero in basso ed a condurlo di bel nuovo fuori della vulva, si stimò lodevole precauzione il valersi del pessario del *Giordano* modificato dal *Rizzoli* (1), col quale mantenendosi fermo nel proprio posto il cul-di-sacco della vagina, veniva impedito qualsiasi successivo spostamento della matrice, nel tempo stesso che le due ali di cui il pessario è formato, lasciavano libero ed illeso il collo della matrice medesima.

——

(1) Vedi Bull. Scienze Mediche - Fasc. di Ottobre, anno 1865.

Dopo questa applicazione, la giovane non risentendo alcuna molestia, ha chiesto di restituirsi alla propria casa.

Casi di meningite in un'epidemia di orecchioni. Lettera del Dott. *Venturini* al ch. Cav. Prof. *Giovanni Brugnoli.*

Carissimo Amico e Collega Stim.

Fin dal Febbraio u. s. ebbe qui principio una epidemia di orecchioni, la quale volge ora al suo fine dopo avere colpito, nel giro di poco più di tre mesi, quasi tutti i fanciulli e molti ancora degli adulti. L'andamento ne fu l'ordinario, e in generale si tenne assai mite: con tutto ciò non mancarono casi gravissimi, non per diffusione ai testicoli od alle mammelle, ma sì bene per complicazione di meningite. Egli è di questa che io vengo ad esporvi partitamente le istorie, sia perchè è avvenimento per sè sempre importante, sia perchè da una di esse crederei poter trarre argomento a dubitare che la parotite epidemica sia idiopatica, siccome opinasi dalla maggior parte degli odierni patologi.

Storia I. *Ferretti Francesca* d'anni 18 tessitrice, ha genitori e fratelli tutti sani e robusti: è di alta statura, di fibra piuttosto lassa e poco irritabile; ha il tessuto adiposo alquanto sviluppato. Ancor fanciulla soggiacque a lunga infermità, che fu giudicata una miliare. Mestruata a 15 anni cominciò a soffrire ricorrenti cefalalgie con vomito, le quali dopo poche ore pel solo riposo completamente cessavano. Il giorno 12 di Febbraio, mentre ascoltava in chiesa la messa, sentì scorrere forti brividi per tutta la persona: ritornata a casa non potè reggersi in

piedi, tanto aveva le membra affrante. Alla sera la cefalalgia era intensa, avea senso di contusione per tutto il corpo, fotofobia e sete. Il dolore al capo occupava la regione occipito-frontale, era continuo e lancinante: il calore periferico aumentato, frequente il polso (90), la lingua coperta di un intonaco bianco-sporco; l'alvo chiuso, le urine non sedimentose: non avea tosse, non allucinazioni, non disordine delle facoltà mentali, niuna alterazione ai visceri dell'addome e del torace (mignatte ai processi mastoidei; olio di ricino).

Li 13. Notte insonne; maggior cefalalgia; vomito senza nota cagione, febbre vie più pronunziata (salasso di 300 grammi; fomentazioni senapate ai piedi; ghiaccio al capo: il coagulo sanguigno è consistente ma non cotennoso; la separazione di siero piuttosto abbondante).

Li 14. Continuano il vomito la cefalalgia e l'insonnio: l'alvo è sempre chiuso; il polso non dà che 70 battute; la calorificazione è diminuita; e, ciò che maggiormente richiama la mia attenzione, una gonfiezza molle e appena dolente scorgesi su tutta la parotide destra (mignatte alle tempia, polveri di calomelano e gialappa; clistere stimolante).

Li 15. L'ammalata sembra avvertire poco ciò che succede intorno a lei; a quando a quando manda dei gemiti e dei sospiri; lo sguardo è torvo, la fisonomia alterata; si contano appena 50 pulsazioni; il calore della periferia s'abbassa sempre più; tumefazione dell'altra parotide. (vescicatorio alla nuca, clistere stimolante, senza di che non si ottengono evacuazioni; solito ghiaccio al capo).

Li 16. Sopore; interrogata guarda, ma tarda a rispondere; a grande stento sporge la lingua dalla bocca; persiste la gonfiezza delle parotidi; movimenti clonici dell'arto inferiore destro (altra applicazione di mignatte alle tempia).

Li 17. Cresce il sopore; chiamata non risponde; strabismo assai pronunciato fino a perdersi sotto l' orbita quasi tutta la cornea; convulsione clonica unilaterale destra (oltre i soliti rimedi, vescicatori alle sure).

Questo fu l'acme della malattia, e da quel momento incominciò il periodo d'involuzione, il quale fu bensì lento, ma completo, essendosi perfettamente ripristinate le facoltà sensorie, motrici ed intellettive. Alla metà di Marzo era già convalescente, ma in uno stato di grande esaurimento: e in quel torno essendosi, non ostante il mio divieto, alzata fu presa da deliquio. Di lì a pochi giorni si riaccese la febbre e la gamba sinistra si fece tutta edematosa e dolente lungo i vasi crurali e femorali. Io giudicai essersi stabilita una trombosi delle vene corrispondenti, per diminuita forza impulsiva del cuore, a motivo della generale ipotrofia, da cui ebbe origine ancora il deliquio. Il forte dolore all'inguine mi costrinse ad applicarvi alcune mignatte; poscia praticai delle frizioni coll'unguento mercuriale ed estratto di atropo belladonna, sovrapponendovi un empiastro di linseme. Dopo due settimane circa di trattamento non restava che un po' di gonfiezza al piede, la quale mercè una fasciatura lievemente compressiva a poco a poco dileguossi.

Storia II. *Angela Montanari* giovinetta di 13 anni, abitante nel contado, a poca distanza dal paese, nacque ottimestre, fu sempre gracile ma non ebbe a soffrire rilevanti malattie. Infuori della madre che morì di parto il restante della famiglia vive ed anche in buona salute. In principio di Aprile trovandosi in parentado a Cotignola ammalò di orecchioni e in tale stato fu ricondotta a casa. Fosse per l'azione del vento ch'ebbe a risentire lungo il viaggio, fosse per altra cagione, il gonfiore alle parotidi presto scomparve; ma non per questo cessò ogni fenomeno morboso; chè anzi altri ne insorsero e più gravi,

fra cui un' intensa cefalalgia frontale accompagnata da vomito ed insonnio. Trascorsero sei giorni senza che la fanciulla fosse visitata da un medico, nè tampoco le venisse apprestato alcun medicamento: non si mandò per me che il giorno 10 di aprile, 7° di malattia. Oltre i suenunciati sintomi riscontrai: calore periferico febbrile, polso frequente (85), pupille ristrette, continua smania, inappetenza, lingua biancastra, alvo da tre giorni chiuso: il basso ventre non era nè dolente, nè timpanico; e tutti i visceri in esso racchiusi non manifestavano al palpamento veruna anomalia; normale era il respiro; niun risultato dall' ascoltazione dei polmoni e del centro circolatorio. Io suggerii un' applicazione di mignatte ai processi mastoidei e delle polveri di calomelano e gialappa, ma nulla di ciò fu fatto e passarono tre giorni senza che rivedessi l' inferma, forse perchè incaponita a non voler prendere verun medicamento: ma avendo io fatto presentire alla famiglia il pericolo che correva quella ragazzetta, li 14 fui di nuovo invitato a visitarla. Dessa era in preda a indescrivibile agitazione; la cefalalgia continuava e vivissima, spessi erano i conati di vomito; minore la frequenza del polso, stitico ognora l'alvo. Qui cominciò finalmente la cura (10ª giornata di malattia); si eseguì il sanguisugio, si mise il ghiaccio al capo e si diedero le polveri drastiche.

Li 15. Persistono i medesimi sintomi (clistere stimolante).

Li 16. Sempre cefalalgia e vomito; pulsazioni 60; contrazioni involontarie ai muscoli della faccia (altre mignatte ai processi mastoidei, clistere stimolante).

Li 17. L' inferma è in uno stato illusorio di calma per diminuita sensibilità; i polsi si fanno irregolari e sempre più lenti; perdurano il vomito e la stipsi (solito ghiaccio e calomelano, più due vescicatori alle sure).

Li 18. Allo spuntar del giorno, dopo aver delirato tutta la notte, è presa da convulsioni cloniche generali, che durano quasi un'ora, e a cui sussegue il coma: evvi anestesia (non valgono a scuoterla le più forti irritazioni cutanee) ed enuresi; le pulsazioni non arrivano a 50 (continuazione nell'uso del ghiaccio, senapizzazioni volanti, frizioni mercuriali ai lati del collo ripetute ogni ora). Prima del meriggio si rinnovano le convulsioni per due volte. Alla sera l'inferma è nel medesimo stato del mattino; è alquanto rossa in volto (mignatte alle tempia).

Li 19. Seguita un profondo coma; la pupilla destra è dilatatissima ed insensibile all'azione d'intensa luce; la palpebra corrispondente socchiusa; la pupilla sinistra reagisce allo stimolo naturale; il polso è salito a 90; il calore periferico accresciuto (niun rimedio per bocca perchè non viene deglutito: oltre il ghiaccio e le frizioni, un vescicatorio alla nuca ed un clistere stimolante).

Li 20. Nessun cambiamento; medesima cura.

Li 21. Chiamata dà segno di conoscere; richiesta sporge la lingua; avverte la medicatura dei vescicanti; polso a 95; completa paralisi della palpebra destra (oltre i soliti rimedi esterni, ioduro di potassio per uso interno).

Li 22. Scossa guarda e mostra di distinguere le persone, borbotta anche qualche parola, ma abbandonata a sè cade subito in sopore con respirazione stertorosa: oltre la palpebra destra è paralizzato anche l'angolo corrispondente della bocca, piegando questa a sinistra: il polso si fa piccolo.

Li 23. Si ripetono le convulsioni; evvi di nuovo perdita totale della coscienza; i polsi divengono per celerità e frequenza incommensurabili.

Li 24. Progredisce la paralisi generale e nella notte avviene la morte.

A complemento di questa storia tornava in acconcio,

al quadro clinico far seguire la descrizione anatomica della malattia; e però chiesi di eseguire l'autopsia: ma le mie reiterate istanze s'ebbero un'assoluta negativa. Come tutti i pregiudizi, questo pure sta in ragione inversa della civiltà; nella quale quanto più una popolazione è avanzata, tanto maggiormente è dessa penetrata della massima — non servire le necroscopie al capriccio o a fùtile curiosità dei medici, ma bensì tendere a far progredire la scienza e a giovare alla umanità.

Osservazioni. Nei due suddescritti casi avendo noi visto durante il primo stadio, oltre la febbre prevalere la cefalalgia intensissima, l'insonnio, il delirio, la miosi, la stitichezza ed il vomito: e nel secondo stadio, il sopore, lo strabismo, la midriasi, la lentezza e irregolarità del polso, le convulsioni e le paralisi, ci è lecito fin d'ora stabilire, essersi dato un concorso di morbose manifestazioni, il quale perfettamente s'attaglia alla *meningite*. Che i primi, più costanti e più gravi sintomi accennassero ad un processo patologico di qualcuna delle parti costituenti l'organo cerabrale, niuno vorrà revocarlo in dubbio: e però in esse possiamo senz' altro fissarne in genere la sede. Troppo sarebbe e forse anche non necessario tutte voler passare in rassegna le alterazioni che nel cervello possono aver luogo per arrivare a concludere che fra quelle l' unica plausibile era la prenunciata. Fra i morbi acuti (chè dei cronici non è a far parola) sarebbe a ricordare la *tubercolosi miliare*. In quanto alla *Ferretti* l'esito avuto n'è irrepugnabile argomento di esclusione. Nella *Montanari* a convalidare la diagnosi clinica manca è vero l'autopsia, ma se si rifletta che questa giovinetta non era in antecedenza cagionevole di salute; che l'esame fisico non porse occasione a sospettare l'esistenza, in verun viscere, di tubercoli cronici; se si consideri che la malattia ebbe origine colla parotite, io sono di credere

che la tubercolosi acuta perda ogni apparenza di probabilità. E poi nella ipotesi di questo neoplasma, la sede ne sarebbe sempre la stessa (pia madre); anzi si tratterebbe parimenti di meningite; solo che ai prodotti della flogosi si associerebbe l'eruzione di tubercoli miliariformi. La *cerebrite,* oltre essere malattia assai rara, non è quasi mai primitiva e spontanea; ma per lo più si svolge in conseguenza di preesistenti condizioni morbose (carie, neoplasmi) di cui nei casi riportati non avemmo alcun sentore. È inutile ricordare l'*emorragia* essendovi troppa distanza tra i sintomi dell'una e dell'altra infermità. E così non è a parlare della *piemia* mancando ogni traccia da presupporre un centro di suppurazione. Circa l'*esantema miliare* (oltre non avere desso quel regolare e progressivo andamento osservato nelle predette inferme, per essere morbo assai vago e multiforme) è sufficiente criterio di eliminazione la mancanza di copiosi e fetidi sudori; di frequenti accessi di freddo, e di specifica cutanea eruzione. La niuna somiglianza poi col *tifo* è resa manifesta dall'assenza della diarrea, della timpanite, del tumore di milza, del catarro bronchiale diffuso, e dell'esantema caratteristico; non che dalla lentezza del polso e dalla intensità e costanza della cefalalgia. Per le quali cose tutte io sono d'avviso che le due suriferite malattie fossero vere meningiti, quali io le giudicai fino dai primordi del loro sviluppo.

Nella *Montanari* (storia 2ª) i sintomi della meningite seguirono da vicino la scomparsa della gonfiezza alle parotidi, e però un rapporto causale tra l'uno e l'altro fatto non è inverosimile, anche perchè non era cognita altra ragione etiologica della malattia. E nel supposto che gli orecchioni epidemici rappresentino un morbo puramente locale, il fenomeno della susseguita meningite si potrebbe comprendere ammettendo una metastasi. Ma sì fatta

interpretazione non si confà al caso della *Ferretti*, imperocchè ivi manifestatosi il gonfiore delle parotidi soltanto nel corso della meningite, non è supponibile un trasporto, una diffusione qualunque alle meningi da quelle glandole, che non erano ancora sede di veruna irritazione. In essa tanto la meningite che la parotite sono a ritenersi effetto immediato di una e medesima causa, voglio dire della costituzione dominante. Nella quale sentenza mi confortano due potissime ragioni: 1ª il modo d' invasione che fu improvviso, senza prodromo alcuno, siccome avviene appunto della febbre parotidea: 2ª la mancanza delle note condizioni genetiche dei morbi reumatici in genere e in ispecie della meningite. E valga il vero, non ebbe occasione questa inferma di risentire a lungo l'azione diretta dei raggi solari, nè di essere esposta a speciali cause reumatizzanti, attese le abitudini metodiche e la vita sedentaria ch' essa teneva e le poche fatiche domestiche a cui sottostava. Aggiungasi che in quei giorni le vicende meteorologiche non erano sì fatte da predisporre a tale infermità; correndo anzi allora tepide e ridenti giornate, che mentre traevano la gioventù a prender parte ai solazzi carnevaleschi che volgevano al loro termine, preludiavano ancora una precoce primavera: ma in sostanza furono foriere di lunga burrascosa stagione, per imperversare di venti, di pioggie e di freddo, che eziandio nel maggio si è fatto sentire più intenso e molesto che negli stessi mesi invernali. Inversione questa di stagioni che da lunga serie di anni lamentiamo; e che, come io altrove notava (1) non deve avere la sua sorgente in accidentali cambiamenti cosmo-tellurici.

---

(1) V. Topograf. med. di Cotignola - Costituz. morbos. osserv. in Brisighella. Bullet. delle Scienze Med. Chir. di Bologna, ann. 1860-62.

Che se la suenunciata genesi della meningite nella *Ferretti* non è un' ipotesi azzardata, ne rimane di legittima illazione infirmata l' idea di un morbo in origine locale. Se ciò fosse, converrebbe valutare la parotite in questione, un puro epifenomeno della meningite. Ma contro un tale supposto sta 1° la contemporanea esistenza di un' epidemia di orecchioni: 2° le discorse ragioni, perchè venne razionalmente esclusa la meningite da comuni cause morbifiche: 3° il non essere la parotite un ordinario fenomeno concomitante la meningite. E però io inclinerei a reputare con *Rilliet* l' enfiato delle parotidi una localizzazione di febbre discrasica da ignote condizioni epidemiche: localizzazione che sebbene abbia tendenza ad effettuarsi prevalentemente sulle parotidi, sotto date circostanze può compiersi eziandio su altri visceri. E in conferma del mio asserto valgano le orchiti che durante simili epidemie si presentano non successive ma simultanee alle parotiti: di che ho avuto ultimamente un esempio in certo *G. B.* d. *Quintino*, in cui la tumefazione ed il dolore prima che alle parotidi furono avvertiti ai testicoli. Arroge poi che per solito la maggiore intensità della febbre precede ed accompagna il manifestarsi del tumore; mentre le diverse fasi di questo si succedono le tante volte in mezzo ad una vera apiressia: e non è infrequente il caso di vedere fanciulli che giuocano e saltellano per le strade, e adulti che attendono alle loro giornaliere occupazioni con gote enormemente tumefatte. E per converso dànnosi dei casi in cui la malattia non è costituita si può dire che da fenomeni febbrili più o meno intensi e durevoli con fugaci e appena sensibili gonfiori alle parotidi. Le quali cose non consuonano colla parotite primitiva ed idiopatica; chè ivi i segni locali sarebbero costantemente i primi, e la febbre seguirebbe le vicende del tumore parotideo. Sembra invece verificarsi

quanto avviene nei morbi esantematici, in cui all'apparire dell'eruzione cessa per lo più la febbre.

In proposito della quale somiglianza degli orecchioni colle febbri eruttive è a notare quella medesima successione morbosa che avviene negli acuti esantemi, voglio dire *l'anassarca* già accennato dal *Borsieri.* Di esso ebbi opportunità di osservare un caso a Brisighella in un fanciullo il quale, appena superata la febbre, divenne ad un tratto tutto edematoso, poi ascitico; e in poco tempo sotto accessi di ortopnea per edema polmonare cessò di vivere. Le urine non furono analizzate per la impossibilità di raccoglierne. Il dott. *G. Mazzotti,* medico al Godo, Villa del Ravennate, nello scorso inverno ebbe a curare una famiglia nella quale furono quasi a un tempo presi dalla parotite sei individui; e due fra essi (giovani di circa 20 anni) nella convalescensa divennero anassarcatici. In uno il fenomeno fu senza gravi conseguenze; ma così non andò la bisogna nell'altro; chè per tre giorni un ostinato vomito e forti convulsioni misero in grande allarme la famiglia. Io fui in quel torno sopracchiamato, ma in allora l'infermo trovavasi in uno stato di calma. Aveva una costituzione fisica simetrica e robusta; nel capo non si rilevava alcuna irregolarità di conformazione. Dalle ricerche per me fatte seppi che per lo innanzi nè egli, nè alcuno della sua famiglia erano mai stati epilettici; prove dirette di tenia non esistevano; non eravi sospetto di labe sifilitica, nè di cachessia scrofolosa congenita od acquisita. La sua fisonomia era tranquilla, normale il polso, non dilatate le pupille: non doleva il capo, non avea sopore; adeguatamente rispondeva alle interrogazioni: cuore, polmoni e visceri addominali non presentavano veruna anomalia nè funzionale, nè anatomica: unico segno morboso sensibile era l'edemazia, come delle palpebre così di tutta la superficie del corpo, ma preva-

lentemente degli arti inferiori. Dietro ciò, escludendo l'epilessia idiopatica (nervosa ed organica) e la sintomatica di lesioni vascolari od altre, ricordava fra le cose possibili la discrasia uremica, quale causa patogenica del fenomeno in discorso. Alla quale supposizione era indotto da una circostanza anamnestica, e cioè che l'improvviso insorgere del vomito e dell'epilessia coincideva colla sopressione quasi totale dell'urina, senza indizio di raccolta in vescica; e la cessazione dei medesimi col ritorno di detta secrezione. La mia diagnosi di sola probabilità avrebbe acquistato maggiore valore se ai criteri addotti quelli pure si fossero potuti aggiugnere della nefrite albuminosa, voglio dire i chimico-microscopici; ma ne mancavano in luogo i mezzi opportuni. Comunque sia, si trattasse anche, tanto in questo caso che nell'altro del fanciullo surricordato, di semplice idrope non associato ad albuminuria, come verificasi ancora nella scarlattina, resta sempre provato che alla parotite epidemica segue l'anassarca. Il quale fatto, eziandio isolatamente considerato, serve benissimo a rafforzare il concetto dell'espressa analogia della febbre parotidea coi morbi discrasici acuti.

Da quanto sono venuto riferendo risulterebbe:

1. Che le due descritte malattie furono vere meningiti.

2. Che il loro sviluppo fu in rapporto colla dominante costituzione morbosa.

3. Che se nella *Montanari* il fenomeno può essere stato effetto di metastasi dalle parotidi alle meningi; nell'altra la suddetta genesi non è plausibile; ed è giuocoforza ammettere che la stessa costituzione epidemica a cui s'atteneva la parotite dominante, abbia dato origine alla meningite.

4. Che questo caso (storia 1ª) fa propendere a ritenere gli orecchioni non una semplice parotite, ma bensì un morbo generale discrasico, di cui il tumore parotideo non è che una localizzazione.

5. Che a sostegno di questa opinione stanno vari fatti, e cioè 1° la orchite contemporanea alla parotite; 2° il cessar della febbre al comparire dell'enfiato della glandola; 3° infine, il succedere alla parotite l'anassarca, come appunto avviene delle febbri discrasiche ed eruttive.

Conosco, carissimo amico, che queste osservazioni sono imperfette; ma tali non riescirono per mancanza di buon volere, bensì per dura necessità che viene dalla mia posizione e da insani pregiudizi del volgo. Voi accettatele quali sono, e aggraditele se non altro come una prova della mia stima ed invariabile amicizia.

Russi li 15 Giugno 1866.

Vostro affezionatissimo amico
E. Venturini.

Nota critica sul morbo D'Addison del soc. res. Dottor *Ferdinando Verardini* medico primario allo spedale maggiore ecc. ecc. (1).

La malattia d'*Addison* dipende *assolutamente* dall'alterazione delle capsule surrenali?

I trovati necroscopici descrittici e dall'*Addison* stesso, e da altri, provano *assolutamente* che il decesso fu sempre causato solo da quell'alterazione?

La pigmentazione è un fatto patologico che deriva esclusivamente o dalla lesione delle capsule atrabilari, ossivero dalla milza?

Dacchè la mia Memoria intorno la Nigrizie o Melasma con alterazione grave delle capsule atrabilari, o

---

(1) Letta nella Seduta della Società Medico-Chirurgica il 4 Settembre 1866.

malattia bronzina, escì in luce, molti studi si aggiunsero e lavori di gran peso arricchirono le medico-chirurgiche discipline.

Su questo proposito, o colleghi egregi, trovo conforto nel potervi qui affermare come le deduzioni capitali che trassi da quel mio scritto, abbiano incontrata l'approvazione tra più chiari studiosi le cose mediche, sicchè stanno tuttora colle idee oggi prevalenti circa la malattia d'*Addison*, che in grazia dell'argomento il quale ho di nuovo attualmente alle mani, stimo trascrivere:

1ª Che il morbo a cui appose il suo nome il medico Inglese costituisce una specie morbosa a sè, la quale nomai *cachessia ematica*:

2ª Che quel morbo non dipende assolutamente da alterazione delle capsule surrenali, le quali, io dissi, se trovansi malate non lo sono che per ubbidire ai consensi patologici, od indipendentemente dalla cachessia Addisoniana:

3ª Che il colorito bronzino della cute non è se non l'effetto di un deposito di nero pigmento, o carbonio, qualitativamente o quantitativamente alterato, per cambiamenti chimici qualitativi o quantitativi.

In appoggio di quanto asserii, e raffermo, potrei adesso porgere innanzi l'enumerazione di molti e moltissimi autorevoli nomi; reputo però doverli lasciare da banda perchè già a voi, sono ben conti, e perchè nella penultima nostra riunione scientifica vi furono richiamati alla memoria, ascoltando un ben elaborato lavoro compilativo, intorno questo stesso argomento, dell'onorevole Dottor *Odoardo Vecchietti*. Il quale sebbene poi venga in contraria conclusione etiologica a quella ammessa da me, e dirò anche forse dai più, appunto perciò toccò de' nomi di quegli egregi che sostengono opinione dalla sua discorde.

Nullameno però a mia bella diffesa e ad ornamento di

queste poche parole critiche, occorrerà che voi mi siate indulgenti, e mi permettiate che nuovamente ve ne accenni alcuni pochi e trascelti fra quelli di maggiore valeggio; mentre con ciò intendo giustificarmi vieppiù in faccia vostra, se continuo a sostenere la mia opinione, e perchè mi fo strada per tal modo alla confutazione dell'etiologia sostenuta dall'onorevole collega su-nominato e nostro nuovo consocio.

Il *Meissner* nella sua casuistica intorno a 61 storie di morbo d'*Addison*, conducesi a concludere di tal fatta « .. la maggioranza *grandissima* de' medici è obbligata oggi a non ammettere l'immediata connessione fra malattia delle capsule e la pelle bronzina; e lo stesso *Wilks*, il più zelante amico e partigiano d'*Addison*, è costretto riporre pur esso la causa della pelle bronzina *solo mediatamente* nelle capsule, e ne vede la cagion prima in un'alterazione de' simpatici. »

Il Dott. *Van-Andel* ha una bella e copiosa raccolta di fatti sulla malattia Addisoniana, parte da lui stesso osservati, e parte attinti da altri Rilevasi. « che in 22 casi trovò ammalate le capsule surrenali, ed il color della pelle era normale; ed in 13 le capsule erano sane e tuttavia esisteva colore bronzino. »

Il *Mattei* nelle sue erudite ricerche sopra l'anatomia normale e patologica delle capsule surrenali, afferma nettamente « che dopo l'*Addison*, gli studiosi ebbero ad incontrarsi in casi di pelle bronzina *senza alterazione* delle capsule; laonde si dovè necessariamente *dubitare* del loro intimo collegamento ». Egli stesso dichiara poi come le sue ricerche fossero sfavorevoli all'opinione dell'*Addison* poichè *nemmeno una volta* trovò congiunta coll'alterazione delle capsule soprarenali la pelle bronzina. Da' proprii studi è tratto poi a ritenere che la cachessia Addisoniana dipenda da un disordine ganglionare, da una neurosi.

Di recente, anzi poco prima che il collega *Vecchietti* leggesse la sua dissertazione, che ha avuto l'onore della stampa nel fascicolo doppio (Luglio ed Agosto) del nostro Bullettino, un bellissimo ed accuratissimo studio monografico escì in luce nel fascicolo di Febbraio e seguito, della Rivista Clinica di Bologna, che appartiene al molto colto sig. Dott. *Severini*. Egli si mostra proprio alla giornata su tutto quanto si disse e si osservò intorno il morbo bronzino, e con retto e temperato discernimento classifica le opinioni altrui, a tenore appunto dell'etiologia varia a cui ognuno fa buon viso, e li distingue per questa ragione e non soltanto perchè scrissero alcuna storia della malattia d'*Addison;* la qual cosa per sè non dà valore, o ben poco se gli e ne può concedere, a chi soltanto descrive, e dal descritto non deduce.

Ebbene, risulta dall'eruditissima Memoria dell'egregio *Severini* come « la più parte de' pratici s'accorda ora nel ripetere la causa della pigmentazione della pelle, da un viziato processo nelle sorgenti prime della sanguificazione, ed escludesi che l'alterazione delle capsule atrabilari sia la causa del morbo d'*Addison*.

Le allegate autorità scientifiche stimo, lo ripeto, mi bastino a nobile e sicuro riparo, e in diffesa, come dissi, del concetto che aveva ed ho circa la malattia d'*Addison;* ed in sì eletta schiera (che avrei potuto rendere molto più numerosa) mi sento maggiormente saldo per contestare: che la malattia del medico Inglese dipenda proprio e soltanto da lesione delle capsule surrenali, ma invece essere piuttosto e bene spesso effetto di varii disordini avvenuti nella compage organica. Trovo quindi giusta l'analogia posta in campo dal distinto *Severini*, tra il morbo bronzino ed il gozzo esoftalmico, in cui la tiroidea non deve essere ammalata che incidentalmente; ed aggiungerò io in grazia della opportunità e perchè mi sembra calzi a proposito

l'esempio eloquentissimo dell'alteramento cutaneo che si osserva ne' pellagrosi, il quale non trova la sua unica ragione in uno stato morboso della pelle, sibbene è effetto di ben profondo patologico lavoro, che adduce la cachessia pellagrosa.

A rafferma poi che la malattia bronzina sia da ripetersi da una speciale emo-discrasi, e da cachessia, niuno potrà meglio giovarmi a tale proposito dello stesso scopritore del morbo in discorso; nè mi si potrà apporre che faccia appello a testimonianze sospette. Ebbene, che ci dice l'*Addison* nella sua monografia?.. La fenomenologia da Lui discorsa traduce il fatto complessivo di uno stato speciale d'anemia, d'indebolimento, di mal essere, di poco o niuno appetito, di nausee, di vomiti, di sudori, di colliquazioni, d'indebolimento ne' battiti del cuore, di spossamento generale, con o senza risentimento febbrile, ed in fine di coloramento caratteristico della cute che Egli chiamò bronzino, e patognomonico del morbo.

Gli infermi sottoposti a questo tutto insieme di sintomi morbosi, pe' quali sono trascinati immanchevolmente al fine di vita, il medico Inglese dopo varie sezioni necroscopiche praticate, stimò farlo dipendere da un'alteramento delle capsule atrabilari, in quanto che le rinvenne guaste. Questa circostanza fermò la sua attenzione, e tanto e tanto vi si arrestò sopra che la propria mente credette di poter asseverare sicuramente: la morbosa condizione di quegli organi essere l'unico motivo della *cachessia* da Lui descritta.

E facil cosa si è che questo occorra; mentre è proprio dell'uomo anche il più savio e temperato, qualora faccia stima d'aver raggiunto alcun che di nuovo, lo scrutarlo di continuo; laonde senza malizia ma veramente per illusione dell'umano giudizio, grado grado dar corpo ad ombre, ossivero importanza a cose o qualità che non la

meritano, o non in quella misura. Sono, mi si permetta l'esempio, e come direbbe il chiaro scrittore de' simboli *(Bartoli)* sono i giganti per mensole, che veduti là come ti stanno innanzi la vista, sembra che faccian gran fare, ma in fatti non fan nulla o ben poco, e tutto si riduce in una illusione che sol ti mostra il gran valore dell'artefice.

Con ciò tutto, colleghi egregi, non è già che io voglia disconoscere un merito reale nell'*Addison;* intendo soltanto di escludere che quell'alterazione notata da Lui per primo nelle capsule surrenali fosse e sia sempre causa del morbo bronzino; e dichiaro inoltre che sono in tutta ragione alloraquando seguitatamente a ciò soggiungo che è da ascriversi quel morbo ad una cachessia (emo-discrasi) la quale forse era stata intravveduta pur da altri.

Accennai già in altri miei scritti che sin da Ippocrate trovasi notato col nome di *Icterus niger* un morbo, il quale su per giù ha l'impronte caratteristiche della moderna Addisoniana cachessia, e che *Nicola Lepois Pisone* nel 1580 con le parole che vado a trascrivere par ne dipinga il quadro del morbo bronzino.... Igitur, dice, ictero atro affectos consequitur cutis nigredo, tristìtia praeter rationem, et mordacitas eorum quae sunt in ventre, difficultas spirandi, cibos aversantur, nigra lotia excernunt aliquando..... stercora vero chalcanthi colorem referunt... ecc.

Ma qui intendo fermarmi, nè voglio addentrarmi in un ginepraio, tra cui sarebbe per lo meno maniera di tornarsene graffiato a sangue; darò quindi volta, e per meno aspro sentiero seguirò il cammino che omai di poco mi tien lungi dalla prima sosta, circa il punto messo innanzi del non dipendere cioè la malattia d'*Addison* dalla sola alterazione delle capsule surrenali.

Se non erro parmi adunque che lo studio spassionato

delle istorie, e son già moltissime, recateci da chiari e rispettabilissimi colleghi, ci mostrino ad evidenza come siansi verificati fatti di morbo bronzino dell' *Addison* con e senza alterazione delle capsule surrenali, e come quest' alterazione qualora in esse si manifesta non sia sempre identica; la qual cosa, parmi, merita grande e grandissima considerazione. E di fatto, molte volte sono state riscontrate guaste per tubercolosi, o per cancro, senza che *altri organi* compartecipassero di quelle malattie; che altre si videro tubercoli o cancro in vari organi, e pur in quelle analoghe lesioni; finalmente sane le capsule, sebbene tubercoli, e cancro fossero altrove.

Ma v' ha ben di più; il *Martini* di Napoli, e lo *Spender* ci chiariscono di aver veduto il morbo d' *Addison* in chi mancava delle capsule atrabilari. Viva Iddio allora-quando manca un organo qualunque vi si può attribuire più alcuna colpa nel produrre una data malattia?

Se le capsule surrenali, concluderò finalmente, dovessero essere assolutamente necessarie a produrre il morbo bronzino, dovrebbero ben anco essere sempre trovate guaste ne' morti per quella cachessia; mentre non è logico il ritenere che una cagione debba or no produrre un dato effetto; illogico poi, assolutamenie impossibile il credere che anche mancanti ne avessero la facoltà. E qui l' onorevole *Vecchietti* ingegnosamente osserva sul proposito massime del caso dello *Spender* « che possono essere occorse neurosi le quali offrissero fenomeni morbosi molto analoghi a quelli del medico Inglese. »

Ah non si può, non si deve far torto ad uno *Spender*, ad un *Martini*, ad un *Namias*, per tacer d' altri, che abbiano confuso una malattia con altra o che non abbian asserito il vero; questi dubbii generalizzati che fossero, distruggerebbero gran parte della Scienza. Non si può, non si deve ancora far torto ad altri chiaris-

simi ingegni, i quali nettamente ci porgono fatti di malattia d'*Addison* senza lesione delle surrenali. — Laonde parmi giusta la illazione e cioè, lo ripeto, che queste non sono assolutamente necessarie nel produrre il morbo bronzino.

Ora al secondo punto: I trovati necroscopici descrittici dall'*Addison* stesso, e da altri, provano *assolutamente* che la morte fu causata *solo* dall'alterazione delle surrenali?

Anche qui, e per le medesime ragioni che mi guidarono poc'anzi, tengo d'analizzare i fatti che pubblicò l'*Addison*, riferendo però soltanto i risultamenti necroscopici più importanti, come li ho potuto osservare nel rapporto redattone dall'illustre *Lasègue*. (Archives générales de Médecine. Mars 1856).

La prima osservazione è su d'un uomo di 32 anni che entrò l'ospedale il 6 febbraio 1850, e in cui, morto per cachessia d'*Addison*, si rinvennero poi le seguenti particolarità:

« Aderenze polmonari di antica data; pneumonite recente e molto circoscritta alla sommità del polmone destro; lobo inferiore carnificato; polmone sinistro quasi del tutto carnificato; non tubercoli, nè caverne; iniezione ed indurimento della mucosa bronchiale; spandimento d'un liquido scuro nella cavità pericardiale; depositi fibrinosi plastici recenti sulla sierosa; fegato e milza rammolliti e friabili, senza lesioni nè delle vescicole, nè de' condotti biliari; non ostruzione arteriosa o venosa degne di rimarco. Il sangue arterioso è più scuro del normale; i reni sani, e di fisiologica dimensione. Le capsule surrenali alterate entrambe; la sinistra è grossa come un uovo di gallina, ed aderisce fortemente alla parte inferiore della testa del pancreas. Le due capsule hanno una durezza petrosa. Nulla d'anormale negli intestini; non depositi tubercolosi in alcun organo. Il cervello non fu esaminato,

Osservazione 2ª. Certo *Iackson*, di 35 anni, fu ammesso l'11 Novembre 1851 nella Clinica del sig. *Addison*, e vi morì per morbo bronzino. — Eccone i reperti della necroscopia: « Iniezione della mucosa dello stomaco; due o tre macchie ecchimotiche, segni incontestabili di gastrite; il cervello, i polmoni, il cuore, il fegato, la milza ed i reni, perfettamente sani; le capsule surrenali contengono delle concrezioni fibrinose, le quali superficialmente esaminate, non sono senza analogia con certe forme di tubercoli crudi.

Osservazione 3ª. *Enrico Patten*, di 26 anni, fu accolto nella sezione *Rees*, il 9 Novembre 1854, e mancò alla vita per morbo d' *Addison*. La sezione della sua salma mostrò quanto segue: « Pelle più pallida di quello che in vita, ma offre lo stesso colore olivastro e macchie scure. Ascesso nella guaina del psoas destro; affezione tubercolare della prima e seconda vertebra lombare; deposito infiammatorio alla sommità del polmone, che ha l'apparenza d'un ammasso di tubercoli grigi. Sani tutti gli altri organi, eccettuate le capsule surrenali, completamente distrutte e convertite in una massa *strumosa* di varia consistenza. La sinistra aderisce allo stomaco; la porzione superiore di questa capsula sembra fluida e di colore del pus; l'inferiore è più solida; la capsula destra presenta presso a poco le stesse alterazioni. Queste lesioni sono rappresentate in una tavola unita alla monografia. Esaminato il sangue al microscopio, presenta un sensibile aumento di globuli bianchi. »

Noterò finalmente per ultima la quarta osservazione, in quanto che le altre della monografia d'*Addison*, dice il ch. *Laségue* che non offrono particolarità degne di rimarco. Ma di una cosa voglio rendervi avvertiti intorno questa quarta osservazione, o colleghi, ed è che sarebbe proprio la sola che potesse servire di modello a provare

che l'unica importante alterazione svelavasi nelle capsule surrenali. Se non che giova chiarire questa circostanza storica, val dire che l'individuo accolto nello spedale S. Bartolomeo fu affetto per lunghissimi anni da ascessi in seguito di malattia e carie alla spina; e la necroscopia ci tace affatto delle osservazioni che avrebbero dovute essere state praticate; laonde è a ritenersi che quella spina non fosse nè punto, nè poco studiata, quindi perde affatto ogni valore il ritrovato cadaverico. Ciò premesso, dico dunque dell'autossia. « Cervello sano; deposito grassoso eccessivo alla superficie esterna del cuore; leggero ispessimento delle valvole mitrali; punti d'ossificazione sull'aorta. Gli organi toracici sani. Nulla di notabile nelle viscere addominali, salvo alcune macchie gialle disseminate alla superficie del fegato, ed un certo grado di congestione dei reni. La capsula surrenale destra aumentata di volume; facendo sulla medesima un taglio longitudinale, cola in diversi punti un liquido purulento. Alcuni corpuscoli giallastri ed aventi tutte le apparenze di tubercoli concreti nuotano in questo liquido e sono avvolti con esso entro una piogenica. La capsula sinistra è meno voluminosa, ma ha patito esattamente la medesima alterazione. Fra i corpuscoli che si estrassero in numero di cinque, uno aveva una consistenza cartilaginea. Prima d'essere spaccate, le capsule erano molli e fluttuanti.

Raccogliendo ora le fila sparse circa le osservazioni necroscopiche riportate, parmi, se ben veggo, ne discendano le seguenti conclusioni, e cioè, che i varii individui i quali ne offersero argomento di studio anatomo-patologico cessarono alla vita il primo: in seguito di pneumonite cronica, e acutizzatasi localmente negli ultimi tempi della vita: il secondo incontestabilmente per gastrite: per tubercolosi polmonale, e per tubercoli ossei con deposito purulento, forse metastatico al muscolo psoas il

terzo: finalmente il quarto fatto accenna a tubercoli ossei della spina, ed a lenta affezione delle sue meningi. L'alteramento quindi delle capsule surrenali non era in questi tutti casi di *cachessia* d'*Addison* se non secondario, e non poteva certo essere per sè solo accagionato del decesso di que'tanto infelici.

Ben a ragione adunque affermava io dapprima che le capsule surrenali non possone avere le molte volte che una parte non importante, e quindi non assoluta ne' casi riferiteci di morbo bronzino; e credo, colleghi egregi, d'avervelo mostrato all'evidenza co' fatti ricavati dalla monografia dell'*Addison*, e spero confermarvelo ancora con quello narratoci dall'onorevole *Vecchietti*, e che io pongo nella stessa categoria degli altri. Al quale risultamento se mi è consentito di pervenire, spero d'aver recato luce sufficiente al mio tema, mentre che il collega lo ha effettivamente per uno de' maggiormente rafforzanti la teoria Addisoniana, e vede nella lesione delle capsule atrabilari l'unica rilevante condizione patologica che abbia poi addotto l'ultimo fine nella donna che fu subbietto delle sue disamine.

Qui ne indicherò adunque di seguito, ed a tratti, i punti storici più rilevanti e le alterazioni cadaveriche riscontrate, siccome le ho dalla descrizione che ne fu porta dall'autore.

Narrasi che quell'inferma ebbe tarda pubertà. Apparvero i catameni a 18 anni; a 19 cominciò a languire in salute, ed un certo mal essere le durò per nove anni, or più ora meno, e mancò alla vita nel suo ventottesimo. In tale lungo intervallo incorse in grave metro-peritonite acuta, e venne curata nello Spedale Maggiore che però dovette abbandonare repentinamente e non del tutto ricuperata, in causa d'irreparabile disgrazia che colse la madre sua. Sicchè poi, e sempre, un umore biancastro gemette dalle pudenda, ed ebbe i caratteri di catarro utero-vaginale cro-

nico. Divenne anche tossiculosa; fu grama per miseria; abitò luoghi umidi e malamente cibossi; ebbe pur febbri erratiche. Arroge che i continui e gravi dissapori domestici la tormentarono di guisa che ad aver pace alcun poco, la cercò e la ebbe pur troppo dal vino, di cui abusò e tanto da ridursi spesso ad ebbrezza.

Ebbene, colleghi egregi, il tristo quadro che v' ho posto innanzi, e che ricavai fedelmente dall' istoria dell' onorevole *Vecchietti*, non vi sembra meco che per filo e segno, per cagioni fisiche e per le morali, rappresenti come quell' infelice era disposta alla morte per lento malore che ne consumava quell' organismo, stremandone i poteri vitali, ed avvelenandovi il fonte, la scaturigine primaria della vita, il sangue?

A me pur troppo pare che sì, e spero possa parere anche a voi.

Divenne quell' infelice cachettica per emo-discrasi, in causa d' alterazione di varie parti dell'organismo; e ve ne sia prova la rivelazione necroscopica, la quale appunto perchè appalesò guasti di antica origine, erano e sono in diretta relazione colla diuturnità delle sofferenze che ella in vita patì.

E di vero, tu vedevi in quel lurido corpo, tolto dalla miseria innanzi tempo alla vita, tu vedevi: aderenze delle pleure d' antica data: focolari ai polmoni: gli stessi polmoni in parte stipati ne' suoi lobi: fegato che aderiva fortemente al diaframma: residui della sofferta peritonite: pancreas che era attaccato coll' estremità sinistra alla capsula sopra-renale sinistra, ed esso molto indurito: capsula sopra-renale destra aderente superiormente alla faccia concava del lobo destro in vicinanza di quello dello Spigelio, e per guisa da doverne con forza distaccare la sostanza; ed eravi compresa pur la cava ascendente: finalmente le capsule degenerate, e contenenti cellule di pus distrutto.

Forse adunque anche da quest'istoria del nostro nuovo consocio può indursi a buon titolo che non offre la desiderata certezza e non mostra ad evidenza come la causa della morte fosse da ascriversi soltanto alla lesione delle capsule surrenali, nè può quindi ricavarne l'autore alcuna distinzione di forma,sebbene ne l'abbia tolta (come egli afferma) dall' illustre *Wirchow*, circa il morbo in discorso, distinguendolo in *primitivo* e *secondario*. Dichiaro però io in questo luogo che il grande riformatore, lo imminente scienziato, l'aperto e franco liberale germanico, divide la nostra medesima opinione. Lo stesso onorevole *Vecchietti* par dubiti poi del suo fatto alloraquando afferma « che non essendosi potuto da lui praticare un'accurata disamina, e del sangue, perchè mancante de'reagenti, e del sistema nervoso, che (ei dice saviamente) può valere a dar spiegazione di molte affezioni morbose, *la sua osservazione non la tiene pienamente completa.* »

Se adunque anche quest'istoria non vale abbastanza a provare il còmpito cui mirava, quale valore potrà concedersi a coloro che asseriscono genericamente e senza apporvi molta importanza: *precipua lesione nel cadavere, e quindi causa della morte, l'alterata struttura delle capsule atrabilari?*.. All'egregio dott. *Vecchietti* che è savio ed onesto la risposta, il quale seppe e volle trovare il pelo nell'uovo qualmente pose a dura critica il caso osservato nell'illustre Clinica di perfezionamento in Firenze, e raccontato dall'onorevole Dott. *Occhini*. Siavi un peso, ed una sola misura; nè colui che da poco tempo, mi sia permesso dirlo, ha dato i primi passi nella difficile ed arduissima medica carriera, sebbene accenni percorrerla assai distintamente, s'elevi a giudice di chi già ne tiene meritamente alto ed onorato seggio; o il faccia con quella riserva, con quella prudenza, aggiungerò, con quell'ossequio che rende più pregevole la critica, e decora e fregia nobilmente lo scienziato.

Per me tanto colle sopra allegate ragioni ho fede d'aver provato all' incontrario; e perciò reputo d'essere pervenuto al fine del secondo punto prefissomi; laonde m'innoltro verso il terzo e nutro fiducia raggiungerne presto la meta, anche per esserne breve la distanza che mi vi separa.

La pigmentazione è un fatto patologico che deriva esclusivamente o dalla lesione delle capsule atrabilari, ossivero della milza?

La pigmentazione cutanea, giova innanzi tratto por mente, può essere ed è normale o fisiologica; valga ad esempio e il colorito col quale si distinguono le varie razze di nostra specie; valgano que' coloramenti che ciascuno di noi portiamo in alcune parti del nostro corpo. Occorre per anco riflettere come dannosi pigmentazioni temporarie, le quali accompagnano alcuni momenti di nostra vita, alcuni stati peculiari del nostro organismo, massime se trasportati da un eccesso di passione amorosa, o da un esaltamento nervoso; e riscontrasi bene spesso nelle donne incinte.

Si ha ben anco da porre a calcolo come la pigmentazione possa aversi patologica, e scindersi nella classificazione di diretta e reflessa: le pigmentazioni dirette sono a ripetersi dal sangue stravasato la cui ematina per chimico processo trasformasi in melanina — piaghe croniche, cicatrici ecc. — le riflesse hanno loro ragione in morbosità dello splene, specialmente prodotte per malaria, per cancro ecc.

In queste peculiari circostanze può effettuarsi tanta copia di pigmento per cui ne occorra persino l'ostruzione de' vasi; e *Bamberger*, e *Niemeyer* trovarono da ciò un motivo della perniciosa apoplettica. Finalmente abbiamo osservazioni sicure, le quali ci portano a credere:

della pigmentazione potere accagionarsene le alterate capsule surrenali, o per tubercoli o per cancro ecc.

Dal modesto specchio che vi presento, o Colleghi, ognuno di voi scoprirà l'immagine che intendo farvi osservare; la quale non potrà essere certo uniforme e ben regolare, ma darà una figura complessa ed a più angoli, o partita qua e là. Di fatto, e parmi naturalissimo, posto, siccome è vero che diverse cagioni possono addurre quel tale un' effetto, il movente primo, unico, ed assoluto non può, nè potrà ripetersi o dalla sola lesione, qualunque, o delle capsule, o della milza; mentre dannosi, e il sapete, e ve lo dissi, casi di pigmentazione sebbene la milza sia normale; come all'inverso nascono circostanze di pigmentazione, sebbene le capsule surrenali trovinsi in istato fisiologico.

Dunque la pigmentazione in sè parmi dipenda, e sia effetto di uno stato complessivo che emerge da un atto secretorio del sangue, come nella razza nera, e come vedesi nella coroide in istato fisiologico, e che avviene anche in alcune contingenze morbose senza che possa con unicità di concetto spiegarsene l' immediata ragione, e che non può quindi soggiacere a leggi che la determinino a manifestarsi piuttosto in uno che in altro posto della cute, interno od esterno. Aggiungerò ancora relativamente alle capsule atrabilari ed alla milza che potrebbe forse nascere caso, in cui invece che quegli organi fosser causa della pigmentazione, all' incontrario ne sentissero la nociva influenza sia per uno stato di congestione degli organi loro contermini, ossivero del sangue stesso. Chè per la gran copia di pigmento il quale può correre insieme a questo, dia luogo a congestioni o ad embolismi e quindi a lesioni ed ostruzioni di que' visceri.

Quest' ipotesi sarebbe di qualche guisa convalidata dall' egregio prof. *Mattei*, che sì belle, sì utili, sì importanti,

sì logiche ricerche fece sullo stato congestivo, od emorragico in cui osservò le capsule atrabilari ne' feti. Rispetto poi alla pigmentazione nel morbo bronzino, io tengo coll' *Addison* che sia un carattere attendibilissimo, e distintivo di quella morbosità. Se non che giova aversi a calcolo al tempo cui data il colorito della pelle. Imperocchè se abitualmente fosse di colore oscuro, o giallognola, ed anche da mentire quello del morbo bronzino, in allora non si deve porre a calcolo questo fenomeno per rassodarne la diagnosi; ma se quel colorito coesiste, o poco dista dai fenomeni morbosi costituenti la cachessia d' *Addison*, in allora può e devesi valutarlo quale segno patognomonico di quella mortale infermità: chè diversamente i contrassegni ne resterebbero incerti, perchè comuni ad altre congeneri forme morbose. Questo concetto che non so valutato così da altri, parmi debba essere preso in seria considerazione.

Concludo adunque da tutto quanto chiudesi in questa mia Nota critica:

1° Che il morbo d' *Addison* è bensì una cachessia, un morbo a sè, ma non *assolutamente* addôtto da lesione delle capsule atrabilari:

2° Che sono accertati veri e verissimi non pochi fatti di malattia d' *Addison*, senza lesione delle capsule surrenali, e più mancando quelle affatto:

3° Che le istorie di *Addison*, e di altri, ammesse a provare l' assoluta lesione delle capsule surrenali unica causa di quella malattia, e della morte degli individui che ne furono affetti, non reggono alla stregua d' una critica ragionata e prudente:

4° Che finalmente la pigmentazione non riscontra pur essa l' unica sua ragione nell' alteramento delle capsule surrenali, o della milza, ma può esistere indipendentemente da quelle condizioni morbose, e per effetto d' alterata innervazione, e per emo-discrasi ecc.

NOTIZIE EDITE

Fisiologia

Ricerche sul pancreas: pel dott. G. Albini, prof. di fisiologia all'Università di Napoli (1).

. . . . Prima della venuta dello Schiff io aveva fatto molti esperimenti sui cani, sui gatti, sui ratti, sui colombi, sugli uccelli di rapina (buteo, falco tinnuncolo, civetta), sulle galline, ecc. Aveva preso il pancreas di questi animali uccisi in diverso modo, per emorragia, per strangolamento, avvelenati; d'età e sesso differente, alcuni demilzati da molti mesi, in diverse condizioni, cioè dopo un digiuno di diversa durata, subito dopo il pasto, durante la digestione gastrica, intestinale, ecc.

Per la circostanza qui sopra enunciata (la difficoltà e inconvenienza della fistola pancreatica) aveva dovuto quasi sempre servirmi, sebbene a malincuore, del metodo dell'infusione.

A tale scopo dopo d'aver ucciso l'animale ne estraeva il pancreas con tutte le cautele, lo puliva ben bene dal sangue, poscia lo pestava in un mortaio con acqua distillata alla temperatura di 35-40 gradi del centigrado. Lo metteva in seguito per due o tre ore nella stufa alla stessa temperatura, dopo di che passava l'infuso attraverso a filtri di carta bibula, di tela, oppure di tull, previamente lavati con acqua tiepida; nel liquido filtrato poneva determinate quantità di sostanze a digerire, p. e. cubetti d'albume, di caseina, di carne cruda o cotta, pezzetti di fibrina cruda o cotta, ecc.

Le digestioni si facevano nella stufa a 35-37 gradi, ma non aiutava mai l'azione chimica coll'agitare il liquido, perchè l'esperienza mi ha insegnato, che il succo gastrico attivo digerisce prontamente de' cubi d'albume, di carne, di cartilagine e di tendine, senza aver bisogno di questa azione meccanica.

Ad onta che lo Schiff non usasse tutte le mie precauzioni nella estrazione del pancreas e nella preparazione dell'infuso, ciò non ostante i risultati de' suoi esperimenti riuscirono identici a quelli che io aveva ottenuti

---

(1) È un frammento della Memoria letta dall'autore all'Accademia delle scienze fisiche e matematiche nella tornata del 14 novembre 1865.

prima della sua venuta e che ottenni in altri esperimenti fatti nello scorso ottobre.

Crederei di abusare dalla vostra pazienza se volessi farmi a leggere non già gli esperimenti istituiti ma soltanto i loro risultati. Troppe ne sarebbero le ripetizioni, e perciò mi limito ad esporvi come conclusioni i risultati più costanti, che sono i seguenti:

1. L'infuso del pancreas ed il succo pancreatico, massime degli animali digiuni e subito dopo il pasto, sono liquidi eminentemente putrescibili, sicchè dopo quattro o cinque ore che si trovano nella stufa emanano un odore disaggredevole, proprio di sterco di gallina, che verso la settima e l'ottava ora diventa veramente insopportabile.

2. I cambiamenti che subiscono le sostanze albuminoidi solide in questi liquidi sono identici a quelli che si verificano in altri liquidi putrescenti, cioè mutano colore facendosi p. e. pallide o livide le carni, l'albumina e la caseina diventano di colore giallo e spesso si coprono di macchie brune, si gonfiano e rammoliscono, diventano viscide alla superficie. Acquistano poi un odore nauseante, che non tanto facilmente si toglie lavandole ripetutamente con acqua; esposte all'aria dopo d'averle lavate prendono spesso un colore giallo paglierino come se fossero trattate con NO_5 diluito.

3. Gl'infusi di sangue, di muscoli striati e lisci, di glandole linfatiche, di fegato, di rene, di cervello, ecc. posti nella stufa insieme agl'infusi del pancreas incominciano a putrefare molte ore dopo; e non emanano mai l'odore disaggredevole proprio dell'infuso pancreatico, il quale in otto o dieci ore annerisce perfino i turraccioli di sovero con cui si chiudono i vasi.

4. Gl'infusi del pancreas de' diversi animali e nelle diverse condizioni non mi hanno mai dato segni evidenti di possedere la facoltà di sciogliere e dirigere l'albume d'uovo cotto e la carne cruda o cotta. Anche i cubetti d'albume posti dallo Schiff negl'infusi di pancreas di gatto da lui preparati nel mio Laboratorio, non avevano subita dopo cinque o sei ore alcuna modificazione di forma, dimensione e consistenza. E già l'olfatto faceva avvertiti della incipiente putrefazione tutt'i presenti all'esperimento, tra quali mi piace citare il Prof. Inzani e Ranieri Bellini, meno lo Schiff, il quale confessa di non avere un organo olfattivo molto sensibile. Ed in conferma di ciò debbo citare, per incidente, che lo Schiff non avvertì nemmeno l'odore alcoolico d'un liquido qualunque, giallo-bruno, che mi aveva portato appositamente da Firenze, *come prova d'una digestione di fibrina operata dal succo pancreatico.* Ma ciò che egli non aveva e non voleva riconoscere coll'olfatto credetti mio debito di provargli sull'istante colla reazione chimica, la quale sciolse subito la quistione con evidenza ed in mio favore.

5. Il succo pancreatico e l' infuso del pancreas alla temperatura di 35-38 gradi sciolgono, non dico digeriscono, in quattro o cinque ore la fibrina cruda e fresca; questo potere solvente non è però proprio soltanto del pancreas degli animali in digestione, poichè io ottenni la soluzione della fibrina cruda, anche dal succo pancreatico di animali (cani e gatti) digiuni da quarantotto ore, che avevano il ventricolo perfettamente vuoto e di reazione alcalina.

6. Senza ricorrere all' azione diretta o riflessa di filamenti nervosi il succo pancreatico deve, per legge fisica di diffusione, mutare spesso composizione chimica e reazione, poichè in certi momenti è involto in una rete di vasi linfatici, che sono pressochè vuoti o contengono poca linfa limpida, mentre in altri momenti questi vasi si fanno turgidi di chilo, che è il prodotto della digestione gastrica e duodenale. Le sostanze contenute nel chilo e di facile soluzione nell' acqua passano per diffusione attraverso al parenchima della glandola nel liquido pancreatico; e ciò succede a preferenza per gli acidi del succo gastrico, ClH e L, i quali neutralizzano l' alcalinità del succo pancreatico e lo rendono talfiata perfino acido.

7. Il pancreas avendo ne' diversi animali altri rapporti coll' apparecchio digerente, ed essendo involto da plessi chiliferi retiformi, provenienti ora unicamente dall' ansa duodenale ed ora da questa e dal ventricolo, deve offrire un succo pancreatico ora molto variabile ed ora di una composizione quasi costante, ciò che sarà argomento d' ulteriori ricerche.

(Annali di Chimica. Fasc. di Aprile 1866*).*

PATOLOGIA E TERAPEUTICA MEDICA

Infusori febbrigeni: di Gratiolet.

Sono noti gli sperimenti già istituiti in Francia dai dottori Gratiolet e Lemaire all' oggetto di raccogliere condensati i miasmi che generano le febbri paludose, e di esaminarne la natura. Essi, cioè, ottennero raccolti sopra le pareti d' un vaso ripieno di ghiaccio i vapori miasmatici che in Sologna s' innalzano nell' atmosfera dalle paludi di Tremblevif, spargendo le febbri intermittenti tutt' all' intorno per otto o dieci chilometri. Col mezzo del microscopio videro che quei vapori condensati contenevano sporule, da cui si originavano esseri organizzati, infusorii, che alcuni tennero per piante criptogame, altri giudicarono appartenessero al regno animale.

Ora leggiamo nel *Journal of medical science* di Nuova-York, che il dottore americano Salisbury ha testè ripetuto le operazioni di Gratiolet e

Lemaire in una vallata paludosa, le cui acque stagnanti ricoprono un suolo d'alluvione nelle vicinanze della città di Lancaster, nell'Ohio. Anche il dottore Salisbury nei vapori condensati di quelle regioni infette vide corpuscoli, ch'egli descrive, e di cui distingue parecchie varietà. E vide che tutti questi corpuscoli componevansi d'una piccola cellula longitudinale, che avea somiglianza con alghe infinitamente piccole, e constava di un nucleo attorniato da una parete cellulare, con uno spazio comparativamente assai largo fra la parete inviluppante e il nucleo. A questi corpicelli il dottore americano diede il nome di *Gemiasmi*, e ne scoprì l'esistenza anche nella saliva degli abitanti di quelle regioni, che sono pallidi, scolorati, infievoliti, travagliati dalle febbri intermittenti e dalla cachessia paludosa. Li trovò pure nella melma di quella vallata.

Ma prima di conchiudere che quei corpicelli microscopici sono la cagione delle febbri intermittenti, il dottore Salisbury tentò una prova diretta, che qui riporteremo quale si legge nell'anzi nominato *Jornal of medical science*, non senza protestar tuttavia contro simili sperimenti, che non esitiamo a dire riprovevoli, e tali che dovrebbe un tantino immischiarsene il codice penale. (!) Checchè ne sia, il dottore Salisbury fece riempire cassette di quella terra ricca dell'anzidetta vegetazione crittogama, trasportandole in un distretto montano, d'aria salubberima, in cui mai non fu caso di febbre intermittente e ne pose ad una finestra, che dava luce ad una camera situata ad un secondo piano. Sulle pareti di vasi sospesivi al di sopra, nella notte, manifestossi già al quarto giorno la presenza dei gemiasmi. Quella camera era abitata da due giovani, dei quali uno fu preso, dopo 12 giorni, da febbre intermittente, e così anche l'altro poco dopo. Ambedue ebbero tre parossismi di febbre a tipo di terzana.

Queste prove, soggiunge il citato giornale di Nuova-York, furono ripetute più volte! e diedero sempre lo stesso risultamento. Comechè ingegnoso pure nessuno approverà l'operazione di questo medico che invece di guarire porta la febbre (!) (1). *(Annali di chimica. Fasc. di Luglio)*.

---

(1) A conferma di quest'azione febbrigena dell'alga delle paludi, e a scanso di esperienze dalle quali l'espositore sembra rifuggire, ricordiamo la interessante relazione degli effetti provati da Hannon riferita a pag. 12 di questo fascicolo. — Questa scoperta appoggierebbe splendidamente la nostra ipotesi, che il miasma paludoso è un fermento, se il poterne vincerne la febbre coi *sali solfitici* non lo avesse già dimostrato. Polli.

Considerazioni sull' itterizia.

(Dalla Clinica medica del prof. Oppolzer). L' itterizia che è sintoma di diverse alterazioni patologiche del fegato si può credere che nasca in due modi; *a*) perchè cessi la secrezione, o *b*) perchè venga impedita la escrezione della bile; ma il primo modo non deve essere ammesso, perchè non vi è itterizia se in antecedenza non venne formata la bile nel fegato — non preesiste la bile nel sangue, non può dunque ammettersi che per difetto di escrezione si presenti l' itterizia.

Relativamente alla composizione della bile sappiamo che essa consta di due parti: una essenziale, costituita dagli acidi, l' altra accessoria, fornita dalle materie coloranti. Gli uni e le altre rientrano nelle masse del sangue in caso d' itterizia — ai primi si deve il rallentamento del polso, alle seconde la colorazione dei tessuti.

Vediamo ora le più immediate condizioni del fegato per le quali si sviluppa l' itterizia. — Prima per la frequenza è in quello stato catarrale dei condotti biliari che sussegue al catarro gastro-duodenale (itterizia semplice) per cui i condotti biliari avendo perduto alquanto del loro calibro per la presenza del muco e per la tumefazione della mucosa, permettono che passi solo poca bile, il restante è trattenuta nell' organo e riassorbita. — I sintomi generali che l' accompagnano sono quelli del catarro gastro duodenale; è per altro una affezione leggera, è frequente massime nei giovani — non avviene mai che l' intossicazione del sangue giunga al grado da produrre la morte. Anche nei giovani però possono aver luogo alterazioni parenchimatose del fegato (atrofia-gialla acuta del fegato) per la qual cosa Frerichs consiglia di non essere troppo corrivi nel fare la diagnosi di itterizia catarrale, e che devesi ricercare sempre nell' orina la leucina e la tirosina, che esso considera caratteristiche dell' atrofia gialla acuta.

I calcoli biliari possono produrre l' itterizia sia per il catarro ch' essi provocano nelle vie biliari, sia per l' occlusione che ne fanno. — Non abbiamo che ipotesi sulla formazione di essi calcoli. Questi per la loro grandezza e qualità esteriori possono condurre a disordini funzionali del fegato e di tutto l' organismo. Calcoli grossissimi nella cistifellea cagionano una viva infiammazione della mucosa e consecutiva ulcerazione della medesima, e per il versamento della bile nel cavo peritoneale determinano una diffusa e letale peritonite. Oppure la cistifellea infiammata trovasi in quel tempo adesa o alla parete ventrale, o allo stomaco, o all' intestino e si producono allora fistole biliari, o una comunicazione della vescichetta in questi organi.

In altri casi i calcoli determinano una epatite parenchimatosa. — La intensità della bile proviene dal sito in cui avviene la occlusione dei dutti biliari, ovvero la tumefazione catarrale della mucosa. Se nel cistico, non può prodursi nè un ristagno, nè un riassorbimento di bile; ma in questo caso, per la continua secrezione di muco, si gonfia la vescichetta biliare, e, non potendosi vuotare, risulta una ragguardevole distensione della medesima (idrope della cistifellea); — se poi i calcoli sono arrivati nel dutto epatico o coledoco, la stasi della bile può divenire completa e l'itterizia intensissima. Il fegato allora si mostra più grosso e la consistenza ne è accresciuta, le masse fecali argillose. Talvolta i calcoli biliari non producono alcuno dei detti fenomeni e allora non sono diagnosticabili. — Certissima è la loro diagnosi quando producono la colica calcolosa biliare.

Come i calcoli così i tumori delle parti circostanti comprimenti i dutti biliari e la degenerazione cancerosa del fegato, ponno produrre itterizia. — Quantunque in grado minore delle suddette cause, pure sono accompagnate dall'itterizia anche le affezioni parenchimatose del fegato. La semplice iperemia del fegato conduce ben di rado all'itterizia — quando avviene, questa è determinata o dalla tumefazione iperemica della mucosa e dal catarro, o è fenomeno consecutivo di un catarro gastro-duodenale nato nello stesso modo che l'iperemia epatica; o finalmente si può spiegare colla pressione che i vasi dilatati esercitano sopra i dutti biliari. Nell'altre affezioni parenchimatose del fegato l'itterizia è prodotta dal medesimo meccanismo che ora abbiamo dimostrato. Però questo sintoma — quasi costante nel fegato granuloso — raggiunge in generale un grado poco notevole, perchè procedendo la lesione anatomica vengono a mancare le cellule epatiche da cui si prepara la bile.

La così detta infiltrazione grassosa, quale avviene nei bevitori, nei mangiatori, nei tubercolosi, non produce quasi mai l'itterizia, perchè i dutti epatici restano sempre pervi.

Nelle varie forme di alterazioni anatomiche fin qui risguardate, appare visibilmente che l'itterizia origina per la stasi e pel riassorbimento della bile. Però vi sono itterizie che non sono egualmente spiegabili; puerperali, per tifo, per intermittenti, per alterazioni psichiche, per morso di serpenti, per avvelenamento di etere e di cloroformio e per azione di grande quantità di iodio sul corpo. Le quali forme di itterizia non si sono ancora spiegate che per ipotesi.

Quando si tratta di distinguere esattamente fra loro ostacoli permanenti alla escrezione della bile vi possono essere difficoltà, massime se dall'analogia di neo formazioni in altri organi non si possa dedurne una simile nel fegato.

La cura dell'itterizia varia secondo la causa. Nell'itterizia semplice il più è fatto regolando la dieta. A deostruire poi i canali biliari più o meno occlusi, come si è detto più sopra, gioverà accrescere la secrezione della bile e ridestare i movimenti peristaltici del canale intestinale — la ragione di ciò è tutta meccanica e facile a comprendersi. Fra i rimedi sono giustamente celebrate le acque di Carlsbad, di Marienbad, poi tutti i purgativi che hanno un'azione analoga — (per esempio, cremor di tartaro grammi 30 — carbonato di magnesia centigrammi 6 — zucchero bianco grammi 15, m., da prendersene una cucchiaiata da caffè la mattina e la sera in un bicchiere d'acqua zuccherata). Oppure si dà l'aloè o il rabarbaro; o finalmente si danno i tartrati (per esempio, acqua di fonte grammi 180 — polpa di tamarindo, cremor di tartaro eguali grammi 30 — siroppo di more grammi 15, m. — ogni ora una cucchiaiata).

Se calcoli sono causa d'itterizia, nostro studio dev'essere quello di rimoverli. A ciò si impiegano mezzi meccanici e mezzi chimici. Fra i primi sono la pressione continuata dal di fuori sulla cistifellea, e gli emetici e i purgativi, — i primi due sono da rigettarsi, non fanno che accrescere l'infiammazione della mucosa — l'esperienza approva soltanto i mezzi purgativi. — Fra i secondi si usano con vantaggio immenso le acque di Carlsbad, vengono poi in ordine di utilità quelle di Marienbad, Kissingen, ed altre siffatte, — col *lungo uso* di queste acque spariscono calcoli grossissimi. Il rimedio di Durand, che risulta all'unione di 3 parti di etere e di 2 di olio di trementina, deve i suoi vantaggi alle proprietà antispasmodiche sui dutti biliari, che fa che i calcoli possano moversi a cangiar di posizione. — Spesso i calcoli biliari spariscono spontaneamente, il che fu osservato per la prima volta nei bovi e si attribuì al fresco erbaggio.

Se malattia del parenchima epatico o neo-formazioni in questo organo hanno originato l'itterizia e la terapia, nel primo caso dovrà cercare quanto è possibile di vincerle, perchè col disparire di queste cessano da sè anche i fenomeni itterici; nel secondo caso poi non si può parlare di altro che di una cura palliativa — sostenere, cioè, quanto è possibile le forze dell'individuo con buona alimentazione. Devono essere evitati i cibi grassi perchè, per la turbata funzione del liquido biliare, il riassorbimento di questi o è reso affatto nullo, o si opera assai incompletamente e vengono inoltre male sopportati.

(Dallo Sperimentale, tom. XVII, fasc. II. e III, Firenze, 1866.)

Azione dello zolfo sulla mucosa bronchiale, per Leiblinger.

Partendo dall'idea che il nuovo metodo dell'inalazione, certamente per molti ancora avversato, venne praticato e riconosciuto efficace da molti distinti colleghi, io mi permetto di fare di pubblica ragione i risultati per me ottenuti dall'azione del zolfo sulla mucosa bronchiale ammalata, come già feci per molte altre sostanze.

Già dai tempi più antichi lo zolfo era ritenuto come mezzo promotore della traspirazione, e venne adoperato per favorire la traspirazione polmonale, sopratutto nella così detta astenia dei vasi traspiratori, e si ammise che esso assorbe l'idrogeno della mucosa bronchiale, dando luogo alla formazione d'idrogeno solforato, per essere così eliminato sotto forma gazosa. La sua azione principale era perciò quella di decomporre l'acqua nell'organismo. Lo zolfo doveva rendere più fluido il muco viscoso che aderisce alla mucosa dei bronchi, e farlo più atto ad essere espettorato. Lo zolfo introdotto nello stomaco irrita la mucosa stomacale, per cui è più conveniente di portarlo direttamente sulla mucosa bronchiale.

A tale scopo si può preparare un'acqua artificiale contenente idrogeno solforato, ponendo in una storta del solfuro di ferro con acido solforico allungato, e facendo arrivare il gaz, che si sviluppa, in acqua molto fredda, oppure si scioglie dell'epate di zolfo in acqua molto calda; si ottiene così un'acqua, la quale è sufficientemente carica d'idrogeno solforato. Si può allora porre quest'acqua nell'apparato, ridurla con questo in istato di vapore, e studiare la sua azione sulla mucosa bronchiale.

Se si inspira leggermente di quest'acqua solforata; si sente nella bocca un gusto di uova putrefatte; nelle inspirazioni un po' più profonde si prova un senso di pressione e di stringimento alla laringe; se poi si spinga il vapore acquoso fino nella glottide, dove si eccita la tosse per sensazione riflessa, si prova un senso di raspa, che costringe a sospendere la inspirazione. Dapprincipio bisogna lasciar qualche tempo di riposo prima che si possano riprendere ulteriori inalazioni; successivamente le inalazioni si fanno poco per volta senza più provare disturbo di sorta.

La mucosa della laringe e della trachea viene fortemente irritata, per cui dà una più abbondante secrezione. Le inalazioni in coloro che non si sono ancora abituati debbono essere interrotte a cagione dei copiosi sputi. Dopo qualche po' di riposo e nelle ispirazioni regolari, ciò che ordinariamente si ottiene dopo alcune sedute, la mucoca si è abituata all'irritazione, e l'azione del medicamento si manifesta allora a chiare note.

Quegli ammalati, i quali soffrono di aridità, di incomodo sollecito alle fauci, di tosse secca così violenta da cagionare dolore di capo per l'impedito riflusso del sangue, già dopo alcune sedute attestano che quella sensazione molesta è in gran parte cessata, che l'espettorazione diviene più facile; e in malati in cui era impossibile ogni espettorazione, io ho potuto convincermi a vista d'occhio del manifestarsi ed aumentare di un'espettorazione di muco ialino, viscoso, in parte verdastro, in parte grigio perlaceo.

Facilmente si capisce che per l'inalazione possono venire adoperati que' preparati soltanto, i quali sono interamente solubili nell'acqua, e fra questi prende il primo posto il solfuro di potassio, che è il rappresentante delle acque solforose naturali. Un pezzettino di questo preparato, del peso 30 centigrammi satura 150 grammi d'acqua calda in modo che è atta ad essere inalata. È buon consiglio di usare nel principio della cura delle soluzioni deboli, le quali si possono rendere sempre più forti col progredire della cura. Non vidi mai tristi accidenti dall'inalazione di acqua solforata, come non si presentarono mai fenomeni di intossicamento o di emottisi.

Ho praticato l'inalazione dell'acqua solforata soltanto nel catarro bronchiale cronico e nella corizza cronica. Riferirò i risultati più importanti ottenuti, senza entrare in dettagli delle singole storie degli ammalati.

Quella forma di catarro bronchiale, la quale specialmente si appalesa per una pronta produzione puriforme, coll'inalazione dell'acqua solforata venne in 10 o 12 sedute talmente migliorata, che non solo lo sputo divenne consistente, e la oppressione di petto affatto dileguossi, ma, nell'ulteriore decorso, entrambi questi due sintomi vennero radicalmente allontanati.

Nel catarro laringeo cronico l'inalazione dell'acqua solforata contende il primato al sale di cucina; e vuol essere riguardata come il mezzo terapeutico sovrano.

Nella corizza cronica, caratterizzata per fungosa tumefazione della membrana schneideriana e secrezione di un pus fetente, l'inalazione dell'acqua solforata nelle cavità nasali ha sopra tutti gli altri metodi la preferenza, inquantochè non solo allontana l'odore fetente, ma ancora facilita grandemente il distacco della materia secreta appiccicata alla superficie della mucosa; ed in un caso ottenni con tal metodo la più rapida guarigione.

Mi rimane ancora da accennare che il mio venerato maestro, il prof. Oppolzer, prima che questo metodo fosse conosciuto, già aveva nel catarro laringeo consigliato di bere l'acqua solforata.

Un medicamento, che portato nello stomaco, deve eccitare la forza contrattile dei polmoni, non è conosciuto; per cui già da molti anni il professor Skoda ha dato la preferenza su tutti gli altri metodi alle inalazioni di

olio di terebintina nei casi di perdita della potenza contrattile dei polmoni; e certamente non a torto perocchè nella massima parte dei casi ottenne benefici risultati.

Le acque solforate non agiscono in modo specifico sulla mucosa bronchiale; esse la irritano soltanto, attivano perciò la secrezione, e rendono più facile la espettorazione. Perciò la mucosa tumefatta viene irritata per le inalazioni, e facilitata l'espulsione degli escreati; e così è creata la condizione necessaria alla diminuzione della tumefazione della mucosa; e ciò noi otteniamo per mezzo del contatto diretto del medicamento colla mucosa ammalata.

Non vuolsi però credere che i medicamenti inalati vengano in contatto coi bronchi i più fini, i quali per così dire sono insensibili; perocchè il liquido inalato penetra, per quanto finora è noto, semplicemente nelle grosse diramazioni bronchiali supposto che i medesimi abbiano perduto la loro contrattilità o per infiltrazione o per paralisi (pneumonia bronchiectasia, tubercolosi, enfisema ecc.). L'irritare lo stomaco con un medicamento per agire sulla mucosa dei bronchi è una via nociva.

Il processo dell'inalazione vuol essere adottato nelle sue giuste misure, e non bisogna aspettarsi da esso più di quanto può dare; esso non ha nulla di specifico; si può semplicemente irritare con convenienti rimedi per contatto locale la mucosa ammalata, ed eccitare una secrezione più abbondante. Fanno però eccezione i rimedi stitici e narcotici, inquantochè i primi producono effetti emostatici locali pronunciati, e gli ultimi un'azione anodina.

Si possono a questi ultimi aggiungere ancora gli antisettici, che convengono nei casi di cangrema del polmone.

(*Gazzetta dell' Associaz. Medica italiana. Marzo* 1866).

Sul modo di scoprire la stricnina nel corpo animale; per A. Cloetta.

(*Ueber das auffinden von strycnin in thierischen korper — Virchow's Archiv. XXXV*, 369-378).

La stricnina in una soluzione fatta di 5 centig. in un litro d'acqua si riconosce pel sapore amaro, per il colorito violetto che prendono col bicromato di potassa ed acido solforico si riconosce in quelle soluzioni che ne contengono solo 1|700 di grano, per i cristalli a forma di cubi o di aghi della sua combinazione con l'acido cromico, la quale ha luogo dopo l'aggiunta di alquanto cromato acido di potassa in un centim. cubico di una soluzione contenente 1|300 di granello di stricnina.

Nell'urina però l'autore non potè riconoscere al contrario che 1|20 di grano solamente di questo veleno (postovi da lui stesso). Il metodo fu il seguente: 50 centimetri cubici di urina (anche di sangue od estratto di tessuti) furono depurati anzitutto di albumina col riposo, dopo di averla precipitata con l'acetato di piombo, e poscia mercè l'S H fu estratto il preparato di piombo e disseccato il liquido filtrato al bagno-maria fino a secchezza, il residuo saturato di N H3 fu lasciato per 24 ore, si fece l'estratto col cloroformio e questo estratto venne disseccato. Provata la parte non sciolta con l'alcoolato di amilo, si vide che il cloroformio aveva estratto tutta la stricnina. Il residuo del cloroformio fu sciolto in 2 cent. cubici di acqua acidulata con l'acido nitrico, e quindi venne filtrato, aggiungendovi poscia 2 goccie di una soluzione di bicromato di potassa. Dopo 1-2 giorni si depositarono dei cumuli di cromato di stricnina, i quali si colorarono di un violetto intenso con l'acido solforico. 1|40 di granello di stricnina non si potè più riconoscere con questo.

In 100 cent. cub. di urina ottenuta da tre infermi, a cui fu prescritta da 1|3, 3|4 ed 1 1|6 di grano di stricnina, non fu trovata alcuna traccia di questo medicinale, e molto meno se ne trovò nel sangue, fegato, linfa ed urina di cavalli avvelenati con 20-25 granelli (1 gramma, 1, 25) di nitrato di stricnina. In un cavallo, subito dopo la morte, nel tetano furono prese 15 oncie (650 grammi) di sangue da una vena della parete anteriore dello stomaco, 10 oncie (300 grammi) dal cuore destro, 12 once di urina; in un secondo cavallo, 25 minuti dopo l'avvelenamento, furono presi un oncia (30 grammi) di chilo dal dutto toracico, 1 libbra e 1|2 di sangue (750 grammi) dal cuore destro, tutto il fegato, senza che si avesse potuto scorgere traccia della stricnina. Poichè però l'autore in una esperienza anteriore l'aveva riconosciuto nel sangue di un vitello, in cui fu posto dopo estratto dalla vena, così pensa che la stricnina nel corpo animale vivente si altera. Lo stesso sembra che avviene dalla morfina nell'organismo, poichè nell'urina di un infermo che prendeva giornalmente 6-7 grani di acetato di morfina non potè riconoscerla col metodo di Erdmann.

La stricnina, però resiste per lungo tempo alla putrefazione; un granello di nitrato di stricnina posto nel contenuto dello stomaco di un uomo fu riconoscibile ancora dopo undici mesi e mezzo che era stato posto sotto terra.

(Gazzetta medica di Torino. Settembre 1866).

Intorno ai tumori della milza ed al loro trattamento; del prof. Skoda.

(*Wiener Medizinal-Halle*, 13 nov. 1864, n. 46, p. 473).

La tumefazione della milza si forma oltre che pei tumori propriamente detti: 1° In seguito alle febbri palustri per vero essudato interstiziale, con deposizione di pigmento nero: in tal modo il volume della milza può diventare dieci volte maggiore del normale, e permane dopo lo stadio acuto della malattia; 2° Nel tifo, ove si tratta piuttosto di un turgore dell'organo con poca alterazione della struttura, non ingrossa al di là di due o tre volte più del normale e diventa assai molle; raro vi avvengano degli stravasi, ed allora l'alterazione resta permanente; 3° Per impedimento nella circolazione della porta, nel qual caso non è permanente che quando dura a lungo la causa; 4° Infine si hanno dei tumori di milza che debbonsi ascrivere ad una infiammazione cronica; non si diagnosticano che quando hanno raggiunto un certo volume, perchè allora soltanto cominciano a dare qualche incomodo all'ammalato. Quando si tratta di malaria, di tifo, di impedimenti alla circolazione, il tumore della milza non dà mai origine a vera leucemia, perchè l'aumento dei globuli bianchi nel sangue è piccolissimo; però ogni volta che si diagnostica il tumore sarà utile di osservare il sangue dell'ammalato al microscopio. La diagnosi della leucemia è difficilissima, perchè non ha una sindrome caratteristica, e gli ammalati talora non sentono che solamente debolezza, quantunque abbiano un tumore di milza abbastanza notevole.

Per la cura dei tumori della milza furono adoperati i così detti risolventi, sostanze che introdotte nel tubo intestinale a dose grande producono diuresi. Contro i tumori della milza si davano a dose tale che bastasse appena a facilitare un po' le evacuazioni intestinali. Questi rimedi infatti ponno favorire l'eliminazione delle sostanze nutritizie superflue, ma intanto non si possono adoperare senza accordare cibo nei casi cronici, perchè gli ammalati deperiscono. Contro i tumori di milza da leucemia poi non fanno niente e contro quelli da cachessia palustre non agiscono che qualche poco quando il paziente si scieglie un soggiorno in luoghi sani, e quando non disturbano la nutrizione. Non hanno però azione specifica alcuna, come non l'ha la chinina, la quale non giova che coll'impedire che i nuovi accessi aumentino la tumefazione. Il meglio dunque per simili ammalati è di rinvigorire l'organismo, favorendo la digestione e la sanguificazione cogli amari, col ferro e coll'igiene generale.

Per la diagnosi delle malattie della milza non si ha che a trovare la

diminuzione o l'aumento del volume di essa e con questo l'aumento della resistenza, perchè solo nel tifo è grossa e rammolita; quando è molle bisogna comprimere poco le pareti addominali per poter riconoscere alcun poco la resistenza. Raramente il tumore di milza produce dolore spontaneo o destato dalla palpitazione, cosicchè sfuggono quasi sempre inosservate le tumefazioni infiammatorie della milza, che accompagnano il reumatismo muscolare associato ad endo-pericardite, perchè sono sempre così leggiere da non potersi riscontrare colla percussione.

Le perispleniti si confondono colla peritonite parziale, e non si può trovare che un po' di tumefazione della milza dopo scomparsi i fenomeni della peritonite. Si dà anche una *infiammazione primitiva della milza*, la quale, perchè la tumefazione è pochissima ed il dolore non costante, non si può diagnosticare che quando non si trova ragione alcuna per ispiegare la diarrea e la febbre, che di solito è leggiera. Questa malattia di solito è scambiata col tifo; essa conduce alla morte soltanto quando si verifica suppurazione e quindi ascessi metastatici e pioemia; spesso avviene che in seguito a questa splenite si sviluppi una pneumonite od una nefrite. L'infiammazione della milza, se è leggiera, non produce sconcerto alcuno, e passa inosservata, perchè, se è leggiera, guarisce: se è grave, anche quando venga diagnosticata, non si può ripararvi. — Il cancro della milza si riconosce difficilmente al pari della tubercolosi, la quale può benissimo decorrere senza la febbre.

Come s'intende di leggieri, la diagnosi delle malattie della milza non è mai molto precisa, perchè i nostri mezzi di indagine si limitano solo a farci riconoscere la grossezza e la resistenza di essa (*Ivi*).

Osservazioni intorno alla bronchite cruposa; del dott. I. Schnitzler, assistente alla clinica di Oppolzer in Vienna.

(*Wiener Medizinal-Halle*, 30 ott. 1864, num. 44, p. 450).

La bronchite crupale acuta si verifica per diffusione della pneumonite o laringite crupale, ma la forma cronica può essere primitiva, e l' A. narra due casi della forma cronica, la quale è assai rara.

Una donna di 42 anni, madre di 9 figli, si presentò con febbre e tosse, e raccontò che dopo aver partorito il sesto figlio, all'epoca del ritorno dei mestrui, fu presa da febbre, dispnea e tosse secca, che fu poi seguita dallo sputo di una materia filiforme. Di tutto ciò guarì subitamente, ma dopo un

mese ancora all'epoca della mestruazione ritornò lo stesso processo; il mese appresso apparvero i mestrui, ma i fenomeni bronchiali mancarono affatto: in prosieguo si successero dei mesi in cui alternativamente la mestruazione fu accompagnata dalla bronchite. Durante la settima gravidanza non ebbe più incomodo alcuno per parte dei bronchi, ma dopo sgravata fu ancora al tempo dei mestrui malata come prima; dopo qualche mese si ristabilì la mestruazione regolare, e poi stette benissimo durante l'ottava gravidanza, ma nel puerperio si ripeterono i fenomeni stessi, e così si presentò alla Clinica. Di sintomi fisici non aveva che la respirazione indeterminata con fischi e sibili a destra, a sinistra posteriormente in alcune località mancava ogni mormorìo, nel resto del polmone si udiva la respirazione vescicolare che qua e là era solamente indeterminata. Nello sputo mucoso scorgevansi dei grumi più o meno grossi che agitati nell'acqua assumevano la forma delle diramazioni bronchiali, e gli ultimi fili erano fusiformi, e talora vi si scorgeva col microscopio una terminazione ad ampolla. Questi pochi erano formati di fibrina amorfa o fibrillare mista a sangue e pus. Secondo il consiglio di Wunderlich, fu amministrato lo ioduro di potassio da 70 centigrammi ad un grammo e mezzo al giorno, l'ammalata sputò ancora fibrina per un paio di giorni; poi guarì; ma alla prossima ricorrenza dei mestruati ritornò in Clinica colle stesse forme. Fu curata nello stesso modo e il mese appresso ebbe una ricaduta leggiera, poi continuò l'uso dell'ioduro potassico per qualche mese, e la mestruazione si fece regolare, mentre cessarono affatto i fenomeni bronchiali.

Il secondo caso era una donna di 24 anni, che in seguito ad un parto prematuro all'epoca dei mestrui ammalò di tosse cogli stessi fenomeni del caso precedente, ma gli acessi di tosse con eliminazione dei coaguli continuarono a ripetersi per 5 mesi. I sintomi fisici erano quasi identici e la stessa fu la cura; ma la paziente non potè tollerare lo ioduro di potassio, e dopo alcuni mesi recidivò: allora si trovò anche tubercolosi degli apici polmonari, e le si amministrò solfo dorato d'antimonio ed estratto di giusquiamo.

Questi due casi ispiegano nulla intorno alla origine della malattia, che è sofferta anche dagli uomini e più spesso che non dalle donne. Avviene per lo più tra i 20 e i 40 anni, senza riguardo alla costituzione individuale, più sovente però si presenta negli scrofolosi e nei tubercolosi. Si distingue dalla bronchite catarrale per l'apparenza parossistica della tosse e della dispnea e pel ripetersi degli accessi dopo un certo lasso di tempo.

La bronchite crupale acuta, che è sempre secondaria e che può tener dietro all'influenza, finisce sempre colla morte senza eliminazione dei fioc-

chi fibrinosi; la cronica invece guarisce quasi sempre. La diagnosi della bronchite crupale cronica non si può stabilire che dopo lo *sputo dei coaguli fibrinosi*, perchè tutti gli altri sintomi compreso il rumore respiratorio di valvola, possono appartenere al semplice catarro bronchiale. La terapia consiste negli espettoranti od emetici e negli antiplastici, quali il calomelano, il sublimato corrosivo e l'ioduro di potassio, i quali, secondo Vunderlich, rammolliscono le pseudo-membrane, e quindi ne facilitano l'espettorazione. — (*Ivi*).

Encefalite sifilitica; per il dott. Kuh.

(*Prager med. Wochenschrift*).

Una donna di 47 anni presentava sul ventre e sulle gambe papule squammose sifilitiche, di colore rosso bruno. Era cessata la mestruazione, aveva dolori alle ossa, erano caduti i capelli, aveva irite ed indebolimento di vista all'occhio destro, tumide le ghiandole linfatiche, ulcerate le tonsille. Sulle grandi e piccole labbra piastre mucose e blenorrea della vagina.

Si iniziò la cura generale colle frizioni mercuriali, ma dopo la terza unzione fu presa da convulsioni e paraplegia, senza perdita della coscienza. La paralisi si estese alla metà sinistra della faccia ed al braccio sinistro. In seguito l'ammalata ebbe accessi epilettiformi con perdita dei sensi; la paralisi guadagnò la gamba destra e diminuì la sensibilità cutanea. Da ultimo vi fu sonnolenza, delirio, sudori profusi, respiro stertoroso, paralisi della vescica e del retto e finalmente la morte.

Alla sezione si trovò suppurazione delle meningi e rammollimento cerebrale, e venne così confermata la diagnosi di encefalite sifilitica. Difatti l'alterazione cerebrale non poteva essere un'apoplessia, perchè la coscienza persistè fino agli ultimi momenti, i fenomeni paralitici non si presentarono d'improvviso, mancava la rigidità delle arterie e ogni malattia di cuore. Secondo l'autore, per la diagnosi di sifilide del cervello stavano l'irite e la ptosi, che si ritengono come suoi prodromi, non che i sintomi della sifilide esterna e i risultati delle autopsie di morbi consimili descritti da Virchow e Jaksch.

Vi ha di notevole in questo caso che la sifilide del cervello, la quale di solito è assai tarda, si sia sviluppata nello spazio di soli due mesi e mezzo, mentre mancava ancora nel fegato, nella milza, nei reni, nel periostio e perfino nelle ossa. — (*Ivi*).

Vegetazione epitellare sifilitica della laringe.

Questo fatto, probabilmente il primo osservato in provincia mediante il lagringoscopio, mentre data fino dal mese di settembre 1860, è stato pel dott. Guinier l'occasione di esperienze interessanti sulla sensibilità tattile della laringe e della trachea, e sopra certi fenomeni spasmodici della glottide che hanno luogo nel croup e nella pertosse.

Infatti il dott. Guinier ha potuto in alcuni saggi successivi, introdurre 12 centimetri di una sonda uretrale di gomma, a traverso della glottide del suo malato, fino alla profondità della trachea, senza provocare alcuna penosa sensazione. La percezione del corpo straniero nella trachea era nulla.

Inoltre le prime cauterizzazioni colla soluzione la più concentrata di nitrato d'argento, provocarono instantaneamente una chiusura completa e convulsa della glottide, constatata dal laringoscopio, con minaccia di soffocazione per qualche secondo, che il dott. Guinier paragona agli accessi di asfissia del croup e della pertosse.

Il dott. Guinier conchiude dicendo ch'egli crede d'aver dimostrato esperimentalmente:

1. L'utilità e la necessità dell'esame laringoscopico per la diagnosi positiva e la cura radicale delle malattie della laringe e delle alterazioni della voce.

2. La facilità qualche volta sorprendente, ma sempre reale di questo esame, purchè sia fatto con una certa destrezza.

3. L'indifferenza rimarchevole, spontanea od acquisita della mucosa della faringe, della laringe e della trachea in generale al contatto dei corpi stranieri, e la localizzazione di una sensibilità speciale alla base della lingua, alla superficie laringea dell'epiglottide ed ai legamenti vocali.

4. Il meccanismo degli accessi di soffocazione di alcune malattie, come per esempio il croup e la pertosse, a motivo della chiusura spasmodica e più o meno completa e durevole della glottide.

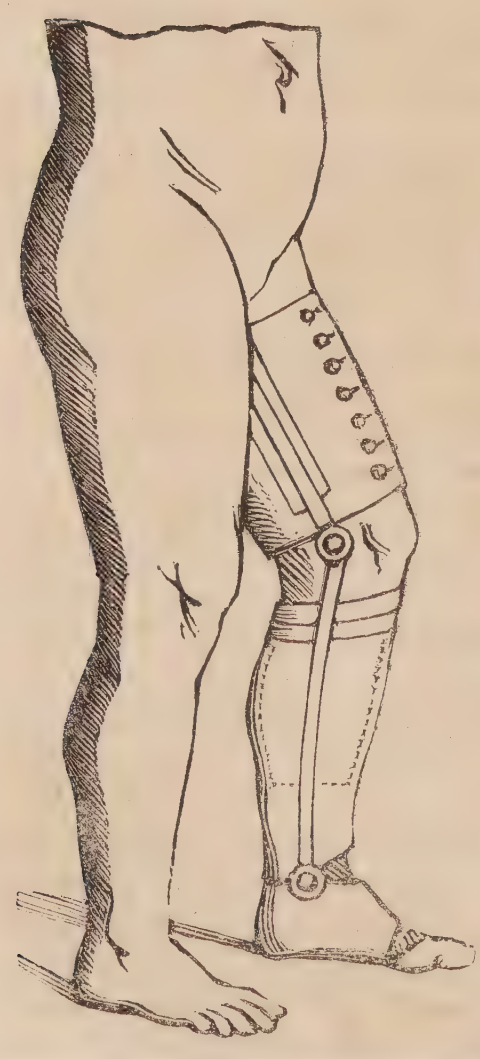
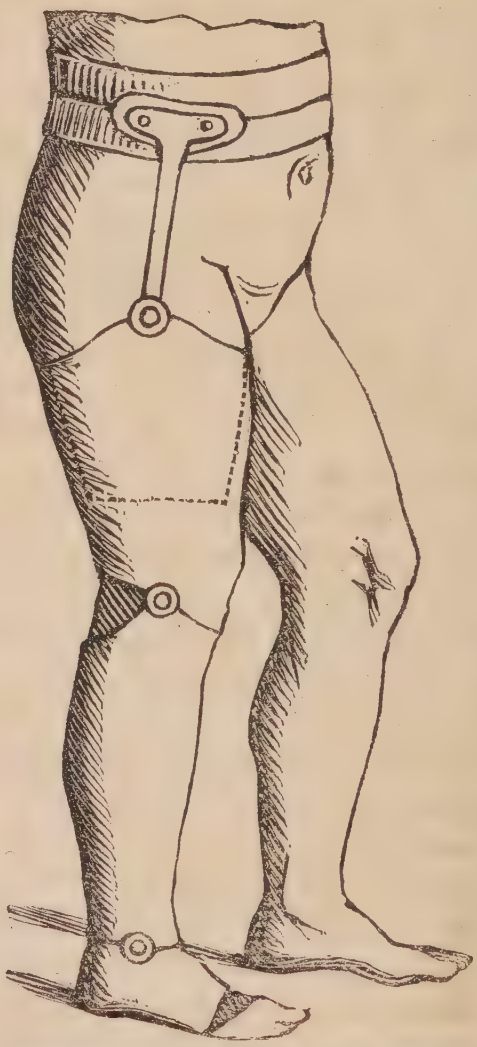
5. Finalmente la facilità di ottenere con un'azione metodica e locale la guarigione di alterazioni patologiche o di produzioni organiche anormali, collocate per entro la laringe. — (*Ivi*).

———

MEDAGLIE D' ONORE

Gamba sinistra artificiale

Gamba e Coscia destra artificiale

Brevettata fabbricazione degli Arti Artificiali inferiori, d' invenzione del dottor Ulisse Testi.

La medicina operatoria ha fatto grandi progressi, ed in ispecie nei processi d' amputazione; chè è arrivata perfino a sopire il dolore mediante gli anestetici. Questo è un bel risultato della chirurgia moderna per l' umanità che abbia bisogno di dette operazioni: è molto, ma non è il tutto. Havvi anche bisogno di chi pensi a riparare coll' arte e sostituire chi per fatalità abbia ad essere mutilato, onde questi miseri possano coprire tanta disgrazia.

L' ortopedia odierna ha belle invenzioni, ma fino ad ora non riuscì ad alcuno di fabbricare arti inferiori, che possano sostituire la perdita di un membro naturale. Si è fatto qualche cosa da ingegnosi artigiani, ma che non corrispose mai ai bisogni, perchè mancanti delle cognizioni fisiologiche ed anatomiche necessarie allo scopo prefisso.

Io mi sono studiato di arrivare a supplire mediante una macchina od arto artificiale a sostituirlo alla perdita di un membro naturale inferiore, che corrisponda in sè alla apparenza, semplicità e robustezza; dai quali studi ho avuto l' intento che ricercava.

Gli arti artificiali che io vengo a descrivere differiscono da quelli che finora sonosi fatti, perchè ho cercato di lasciare il nocivo uso dei metalli, per quanto sia possibile, ed ho pensato di servirmi di quelle materie omogenee che consentono maggiormente colla delicatezza dei tessuti del corpo umano, cercando in pari tempo di imitare la conformazione e costruzione anatomica della gamba umana in tutte le sue parti.

I materiali che compongono detti arti artificiali sono la corteccia o imbuto esterno di una materia leggiera, tenace, fibrosa e legnosa che mantiene la perfetta conformazione che le viene data: vengono uniti i diversi pezzi che compongono la gamba nelle articolazioni col mezzo di corpi cilindrici che imitano e fanno la funzione dei capi articolari delle ossa, unendosi le diverse articolazioni fra di loro col mezzo di spranghe di molla bene conformate, dalle quali cose ne risulta robustezza e leggerezza in pari tempo. L' azione è raccomandata a muscoli artificiali fatti con materie elastiche secondo il bisogno dei movimenti, sempre servendomi di guida della fisiologia ed anatomia onde imitare il grado di forza dei muscoli per la flessione ed estensione del piede, più altro muscolo e tendine per la estensione e flessione della gamba.

Mediante la costruzione suddescritta sono giunto all'intento da me ricercato, ed ho ottenuto tutti i vantaggi che si possono desiderare da un apparecchio artificiale.

Questa mia macchina serve benissimo a camminare, talchè l'occhio il più esperto non può accorgersi dell'artificio. Può fare qualunque flessione tanto nel sedersi, quanto nell'inginocchiarsi con tutta prontezza e senza incomodo, unendo leggerezza, eleganza, imitazione naturale a facilità di camminare in brevissimo tempo con sicurezza, avendo in sè l'azione della gamba naturale, cioè quella del retrarsi onde potere avanzare il passo senza tema d'inciampare.

Questi arti artificiali inferiori furono giudicati dagli intelligenti e meglio da quelli che ne fanno uso i più perfetti. Il certificato che questa benemerita Società Medico-Chirurgica mi rilasciò ne fa amplissima prova. *(Vedi Bullet. Serie* 3. *Vol.* 23. *pag.* 404*)*.

BIBLIOGRAFIA

—

Saggio di un paragone fra le resezioni delle grandi articolazioni e le amputazioni delle membra. Per Giuseppe Pugliatti *Prof. agg. prov. alla Clinica Chirurgica e Prof. incaricato di Fisiologia nella R. Università di Messina. Stamperia Ignazio D'Amico 1866.*

L'argomento delle resezioni ossee in chirurgia è uno dei più vitali della scienza; per cui gli scritti che versano sopra tale oggetto meritano buona accoglienza e di essere conosciuti e diffusi. Fra questi deve certo essere annoverato il lavoro del Ch. Prof. *Pugliatti* di Messina, laonde stimo cosa utilissima il porgerne un cenno ai lettori del nostro periodico.

Comincia il dotto Autore nella sua prefazione a notare la tendenza della chirurgia moderna di conservare, la quale si manifesta in tutta la sua luce certamente nelle resezioni delle grandi articolazioni delle membra in sostituzione delle amputazioni. Affine però di potere apprezzare l'utilità di esse si propone di paragonarle nei loro

risultamenti alle amputazioni non che alle disarticolazioni che sono destinate talora a sostituire.

Per istituire poi un tale paragone si vale specialmente delle statistiche, quantunque non si nasconda i difetti che ad esse vanno congiunti in vista dei quali intitola anzi il suo lavoro col modesto nome di Saggio di paragone, come si è visto.

In questo saggio comparativo le operazioni in discorso sono riguardate 1° in generale, 2° tanto negli arti superiori che inferiori, 3° in ognuna delle grandi articolazioni.

Quanto alla loro storia toccato che, quantunque non fossero ignote ai medici antichi pure non venivano che raramente impiegate, nota come non fu se non dopo al 1850 che esse hanno acquistato conveniente credito e sviluppo.

Per istituire poi un giusto paragone fra le resezioni e le amputazioni l' autore considera le prime relativamente alle lesioni articolari nelle quali possono disputare la preferenza alle amputazioni; indi a' fenomeni consecutivi che si sogliono sviluppare; infine alla difficoltà d' esecuzione.

Quanto al primo punto ammette subito che le resezioni non si debbano praticare nelle degenerazioni maligne delle ossa, o quando esistano presso l' articolazione lesa così profonde contusioni da interessare seriamente l' organica tessitura delle parti molli adiacenti; poichè allora la cancrena è quasi inevitabile; invece possono convenire le resezioni in altre lesioni traumatiche delle articolazioni, come sono ad esempio le lussazioni delle medesime con sortita dei capi articolari dalla ferita. In esse infatti prevale da qualche tempo la pratica di risecare i capi fuori usciti alla riduzione forzata, a meno che essendo troppo grave la lesione non sia da ricorrere alla amputazione.

Altra classe di lesioni traumatiche delle grandi articolazioni che apre vasto campo alle resezioni articolari, è costituita dalle ferite da arma da fuoco con fratture de' capi articolari delle ossa che le compongono. Alla pratica antica di ricorrere quasi sempre all' amputazione, successe quella di *Bilgner* e del *Boudin* di praticare spesso le larghe incisioni collo scopo di togliere o prevenire lo strozzamento e l' infiammazione dei tessuti, e di estrarre le schegge ossee o i proiettili. Nella qual prati-

ca si vedeva già un'idea di chirurgia conservatrice e doveva dar luogo poi a quella delle resezioni. Passa l'autore in rassegna le opinioni dei chirurghi francesi sull'argomento, da cui ne risulta, che quantunque ad esse non si oppongano, pure tale operazione è stata ben poco praticata fino a questi tempi e cita l'ultima discussione elevatasi in seno della Società di Chirurgia di Parigi (1864) in prova come esse risveglino ancora non pochi timori a molti Chirurghi; massime praticata presso i campi di battaglia.

Più favorevoli alle resezioni sono gli Inglesi e gli Americani come lo hanno mostrato nelle ultime guerre, nelle quali ottennero dalle resezioni buoni risultamenti. Istituisce quindi varie riflessioni sulla estensione delle lesioni fatte da arma da fuoco nelle articolazioni, e la data della riportata ferita in rapporto alla indicazione delle resezioni e quindi conclude « che le resezioni sono preferibili alle amputazioni, allorchè vi è frattura di capi articolari delle ossa, sia con schegge, sia senza; purchè non molto si estendano sul corpo dell'osso, da lasciare un membro inservibile; che trattandosi di resezioni consecutive corresi maggiore rischio di praticare una operazione insufficiente, e l'amputazione consecutiva offre perciò migliori speranze di buon successo. Non devesi però dissimulare che le resezioni per ferite da arma da fuoco, praticate presso i campi di battaglia offrono il grave inconveniente di non poter avere tutte le cure, che nel lungo periodo richiesto per la loro guarigione reclamano.... Questo inconveniente però... potrà essere se non affatto allontanato, per lo meno in gran parte alleggerito, se alla medica scienza si unisca un po' di carità da parte de' Potentati pe' poveri feriti in battaglia ». Al qual fine tende la filantropica idea de' benemeriti Comitati di soccorso, e la legge addottata della neutralità dei feriti in battaglia e del corpo sanitario.

Nelle malattie organico-vitali delle ossa le resezioni incontrano maggiori obbiezioni, tuttavia non mancano casi nei quali queste alterazioni sono poco estese sui capi articolari, nei quali la resezione possa convenire; che se scoperta l'articolazione per procedere alla resezione di essi si trovasse la lesione più estesa di quanto si era creduto non sarà difficile, dice il *Pugliatti*, rimontare ancora alcune dita più sopra ed amputare all'istante.

Passando quindi l'autore al confronto dei fenomeni

consecutivi delle resezioni e delle amputazioni, ferma la sua attenzione dapprima sulla flebite come quella che si ritiene più frequente nelle resezioni. Egli però ritiene che la teoria abbia dato maggior peso a questa difficoltà di quanto dimostri la pratica; poichè se la infezione purulenta figura spesso nelle resezioni non è dimostrato che intervenga meno nelle amputazioni. Egli crede poi col *Malgaigne* che la gravità nelle amputazioni sia maggiore a seconda della distanza del tronco.

Quanto alle altre difficoltà che vi si oppongono, risponde che se qualcuna anche esiste è poi controbilanciata dall'utile che ne deriva all'operato dalla conservazione del membro.

S'innoltra poscia a trattare delle difficoltà d'esecuzione delle resezioni in confronto delle amputazioni, intorno a che conviene anch'Egli che le prime sono di una esecuzione ben più difficile, massime le patologiche perchè in esse i rapporti delle parti sono più alterati che nelle traumatiche: ma riflette che ciò non deve costituire un motivo per posporle alle amputazioni, e solo dimostra che la chirurgia conservatrice esige conoscenza esatta dell'anatomia topografica, ed esercizio nelle manualità della medicina operatoria.

Paragonate le resezioni e le amputazioni in generale, viene l'autore al paragone delle operazioni stesse praticate negli arti superiori o negli inferiori. Intorno al quale confronto istituisce varie assennatissime considerazioni, le precipue delle quali sono le seguenti:

1° Le estremità superiori hanno un ufficio più complicato e nobile delle inferiori, la mano in ispecie è dotata di così delicati movimenti che può, diretta dalla volontà, divenire per così dire intelligente:

2° Gli apparecchi per supplire alla mancanza di essa sono ben molto imperfetti:

3. Il pericolo poi che tiene dietro alle resezioni nelle articolazioni delle estremità superiori è molto minore delle stesse operazioni nelle inferiori; per cui il *Pugliatti* crede le prime vincano più spesso il confronto colle amputazioni.

Dopo ciò si fa a trattare l'autore di ognuna delle resezioni in particolare cominciando dalla *radio-carpiana:* quella cioè che ha dato i più dubbi risultamenti. Intorno ad essa ha l'autore qualche riflessione, non ultima quella si è intorno alla disposizione della sinoviale delle ossa del car-

po, la quale è comune a tutte le ossa stesse eccettuato il pisiforme; per cui anche aprendone una serie sola, si aprono le articolazioni delle altre e si stabilisce in esse quella suppurazione delle sinoviali che a ragione è tanto temuta dai Chirurghi. Quindi passa in rassegna vari dati statistici del *Leguovest*, del *Chenn*, dell' *Heyfelder* e riassumendo conclude con queste proposizioni:

» 1° Le resezioni della intera articolazione del pugno per carie estesa anche alle ossa carpiane sono le più pericolose. Le osservazioni pubblicate però lasciano molto da desiderare per dirle sufficienti a far del tutto cancellare quest' operazione dalla pratica chirurgica:

» 2° L' efficacia delle resezioni delle estremità inferiori del cubito, o del radio uscite a traverso degl'integumenti nei casi di lussazione, è meno contestata, e devono essere anteposte all' amputazione purchè non vi sieno troppo estese lesioni delle parti circostanti, da far giudicare sicura la consecutiva cancrena:

» 3ª Le resezioni delle estremità inferiori delle ossa dell' antibraccio colpite da carie, possono conservare, come hanno infatti conservato, una mano utile che l' amputazione altro non farebbe che sacrificare; ma per la riuscita bisogna che s' uniscano le condizioni di non troppa estensione della malattia e della giovane età de' soggetti. »

Dopo poi avere considerata la resezione del pugno in sè stessa viene paragonandola coll' amputazione dell' avanbraccio, che è la meno pericolosa fra le grandi mutilazioni delle membra, in seguito di che ritiene che la mortalità nelle resezioni totali di quell' articolazione sia alquanto maggiore che nelle amputazioni; mentre secondo *Heyfelder* sarebbe di 1[4 nelle prime e solo di 1[6 nelle altre; dal che discenderebbe che i risultati sono più vantaggiosi nelle resezioni parziali, e che le totali meritano ancora studi ulteriori.

Venendo a parlare dell' articolazione del gomito riflette l'Autore che in questa trovansi tutti i pregi e le buone condizioni di felicissima riuscita; infatti questa articolazione è superficiale, facilmente attaccabile, i tendini possono essere agevolmente rispettati, e nel caso anche di anchilosi quest' arto e per l' attitudine che può darvisi della semiflessione, e per l' integrità dei movimenti delle dita e della mano potrà ancor rendere non lievi servigi all' operato.

Nelle lussazioni del gomito complicate a lacerazione delle parti molli con sortita delle ossa la resezione dei capi articolari ha offerto migliori risultamenti che la riduzione forzata. In una statistica data dal *Malgaigne* di 19 di tali lussazioni, la riduzione avrebbe dato 10 guarigioni sopra 15 casi trattati e 4 morti, la resezione non ha offerto alcun insuccesso negli altri cinque.

Nelle lesioni traumatiche ove è riescito maggiormente questa resezione sono state le fratture complicate del gomito e specialmente quelle prodotte da arma da fuoco. Nella penultima guerra de' Ducati dell'Elba sopra 40 resezioni del gomito non si contarono che 6 morti; nell'armata inglese nella guerra di Crimea si ebbero 2 morti sopra 17 operati; in complesso da varie statistiche risulta essersi avuto nell'amputazione del braccio il 35 per cento di mortalità, e nelle resezioni del cubito solo il 17, al quale vantaggio devesi aggiungere ancora l'utilità del conservato membro.

Nelle resezioni patologiche poi (come quando esiste carie) quantunque quest'operazione non dia i favorevoli risultati notati superiormente, pure vince ancora al paragone quelli ottenuti dalle amputazioni, e anche qui cita statistiche in appoggio di quanto ha asserito nelle resezioni parziali, poi l'esito è anche più felice. Infine paragona i risultati della disarticolazione del cubito con quelli dell'amputazione e trova che questa dà il 40 per cento di mortalità, mentre l'altra offre il 48 per cento.

La disposizione anatomica di questa articolazione, la posizione superficiale della testa dell'omero e quindi la maggior facilità a risegarla hanno, come dice l'autore, attirato la mente di chirurghi a preferenza su questa articolazione. Infatti essa riescendo risparmia tutto un arto compreso quello strumento nobilissimo che è la mano. Dippiù questa resezione non suole venir seguita da anchilosi come le altre. Paragona quindi la resezione del capo dell'omero colla disarticolazione di esso, e con l'amputazione e trova che i risultati delle statistiche non depongono contro la resezione. Aggiunge infine che l'estensione della malattia p. e. la carie alla superficie glenoidea non costituisce contro-indicazione per questa operazione, purchè non oltrepassi certi confini.

Ora se io dovessi compendiare, colla estensione tenuta fin qui, ciò che ha scritto l'autore intorno alle resezioni nelle articolazioni degli arti inferiori, m'accorgo che andrei troppo per le lunghe, per cui mi limito a riferire

quanto egli stesso conclude sul termine del suo lavoro. « L'utilità della resezione tibio-tarsiana per lussazione complicata in confronto all'amputazione della gamba in qualunque luogo venga eseguita, è oggimai fatto bene accertato: quella per carie, quantunque ancora meno accolta, tiene in suo favore fatti valevoli ad indurci a tentarla in casi opportuni: le resezioni della stessa articolazione per ferite d'arma da fuoco sono ancora da sperimentarsi ». Quanto all'articolazione del ginocchio Egli dice che i fatti conosciuti sono dimostrativi per dir resezione in esso utile se venga praticata per causa patologica; e riguardo a quelle dell'anca scrive « che quantunque il suo grado di utilità nelle lesioni traumatiche non puossi ancora apprezzare su fatti clinici numerosi, pure in quelle patologiche i segnalati servizi che può rendere possono essere comprovati da molti casi; e se abbisognano anche qui altri studi clinici per rispondere a tutte le esigenze della pratica, è più per conoscere sino a qual punto una lesione patologica della medesima articolazione possa guarire senza operazione, anzichè per esser in grado di dire che convenga meglio ricorrere alla resezione o alla disarticolazione, ove possa farsi la scelta. Nelle stesse lesioni traumatiche la quasi costante mortalità della disarticolazione primitiva è oggi dimostrata con fatti; il grado di gravità della resezione non si può sinora stabilire con statistiche ».

Repplicherò adunque, dopo avere trascorso il libro pregevolissimo del *Pugliatti*, avere fatto Egli opera utilissima a raccogliere pazientemente e fecondare con saggie considerazioni le osservazioni di resezioni, disarticolazioni e amputazioni fatte nelle grandi articolazioni delle membra; poichè chi si dedica a tale argomento di chirurgia conservatrice troverà agevolata d'assai gli studi che intende di istituire. Come mi unisco volentieri al dotto Autore nel raccomandare agli stabilimenti sanitari di procurare che le statistiche che si rediggono siano tali da poter dar luogo alle ricerche e alle conclusioni che la Scienza reclama. Ad ottenere il quale intento io proporrei che l'Associazione medica italiana prendesse la iniziativa: perchè almeno in Italia la tenuta delle annotazioni sanitarie nei nostri spedali fossero le più convenienti per poter dar luogo a statistiche annue; con che potrebbe anche ottenersi quella uniformità fra le medesime che in diverso modo è quasi impossibile poter sperare.

C. Belluzzi.

Dell' Uretrotomia esterna mediante la sezione collaterale e la escisione dei tessuti patologici nei casi di restringimenti insormontabili, pel Dottor BOURGUET. *Mémoires de l' Académie Imperiale de Médicine - Tom. 27, Parte I.*

Di questa dotta Memoria, ci limitiamo a riportare, traducendoli, i passi seguenti risguardanti l' atto operatorio:

1° Introdurre una sonda metallica od un catetere voluminoso sino al davanti dell' ostacolo; spinger questo leggermente in addietro, facendo sporgere sotto i tegumenti della regione perineale l' estremità della sonda o del catetere.

2° Dare un' estensione sufficiente all' incisione esteriore; prolungarla in addietro ed in avanti, sino a che la nodosità del tessuto morbido che costituisce il restringimento, sia completamente posto allo scoperto.

3° Uncinare questa nodosità, sollevarla e portarla all' esterno, inciderla dall'avanti all'indietro sul becco della sonda o del caterere e spingere in seguito questi strumenti nella vescica, senza troppo preoccuparsi se il canaletto del restringimento sia stato inciso, o meno.

4° Se la semplice incisione longitudinale è insufficiente, praticare l' escisione parziale del tumore, od anche, se si giudica necessario, disseccarlo a dritta ed a sinistra ed asportarlo completamente col bistori o colle forbici, di guisa che il passaggio della sonda e dell' urina possa essere libero una volta compiuta la guarigione.

5° Portare dopo ciò una sonda di gomma elastica in vescica, lasciando la piaga cicatrizzarsi senza riunirne i bordi, ovvero riunendoli in quei casi nei quali la cosa sembrerà vantaggiosa e preferibile.

6° Mantenere frattanto lungamente la dilatazione della nuova porzione di uretra, mediante la sonda a permanenza, o meglio ancora, se ciò è sufficiente, praticando frequentemente il cataterismo con istrumenti di grosso calibro.

Queste precauzioni, sembra a noi che nella immensa maggioranza dei casi, debbano bastare per permettere a un Chirurgo d' introdurre una sonda in vescica, senza far correre troppo grandi rischi al malato, e per far sperare di ottenere una guarigione temporaria, se non deffinitiva, dei restringimenti ribelli ed insormontabili. G. P.

Sull'estrazione della mannite dalle foglie dell'olivo: del prof. SEBASTIANO DE LUCA. *Official Catalogue of Dublin international Exhibition. Napoli 1865.*

La mannite esiste, in varie proporzioni, in ogni parte dell'olivo; le foglie, i fiori, e i frutti ne contengono la più grande quantità; la radice, il legno, le corteccie, e i rami ne contengono meno. Questo principio zuccherino non è sempre trovato nella medesima quantità in tutti gli stadii della vegetazione; al periodo della fioritura si accumula nei fiori, e diminuisce nelle foglie. Quando i fiori caduti hanno completato il fenomeno della fecondazione non contengono più mannite. Fu del pari impossibile trovare traccia di mannite nelle foglie gialle cadute. La mannite esiste nel frutto finchè continua ad essere verde, scompare intieramente quando diventa perfettamente maturo, e contiene la più grande quantità d'olio.

Le foglie, che coprono sempre l'albero dell'olivo, e che ragionevolmente deve supporsi essere destinate a qualche importante funzione, non sono mai prive di mannite, finchè si conservano verdi; ma appena esse passano al giallo, subito altre foglie prendono il loro posto, e sembrano accumulare, per così dire, i materiali elaborati dai loro predecessori, ed assumere la loro funzione.

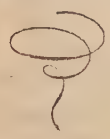
Molte altre sostanze si trovano nelle foglie dell'olivo oltre la mannite: tali sono la materia colorante, e specialmente la clorofilla, che accompagna la mannite, e subisce eguali cambiamenti; i principi zuccherini, che hanno la proprietà di facilitare la fermentazione, in contatto col fermento, come pure di ridurre il tartrato di potassa e di rame; gli acidi organici, ed altre materie ben definite.

Le foglie dell'albero, che hanno la proprietà di accumulare le sostanze minerali, contengono una grande quantità di acqua, variante secondo i periodi della vegetazione e che arriva sovente al 50 per cento. In una tavola unita alla Memoria si danno i risultati delle esperienze fatte settimanalmente sulle foglie di olivi, che crescevano nel giardino botanico di Napoli.

(Annali di Chimica. Fasc. di Luglio 1866).

——

CENNO NECROLOGICO



Dopo lungo e doloroso patire **Carlo Luigi Farini** cessò d'appartenere a' viventi. — Fu medico dotto; scrittore conciso, robusto, elegantissimo; patriotto e liberale veramente senza macchie; politico perspicace, ed interprete fedele de' suoi tempi. — Spetta quindi proprio tutto intero nobilmente alla Storia, che Lo additerà siccome uno di que' pochissimi di cui la cara memoria più non andrà perduta — So, che uomini preclari già s'adoperano a tesserne condegnamente e con sapienza l'elogio delle molte virtù, e n'ho conforto. — So, che anche la Società nostra Medico-Chirurgica, della quale fece eletta parte e verso cui mostrò, pur nel colmo della grandezza di Lui, l'amore che Egli vi poneva, so che mercè l'onorevole suo Segretario ne dirà parole d'encomio e di dolore. — Nullameno non ho potuto, nè posso nel mio particolare dispensarmi dal mandare a quell'anima carissima una testimonianza della stima e della gratitudine che Le professo infinita.

Io primo, senza ambagi, espressi le ben dovute lodi in seno di questa celeberrima Accademia delle Scienze dell'Istituto, per un'erudito ed assai utile lavoro del **Farini** intorno le risaie componendone esteso rapporto. — Rapporto che *altra nostra sapienza*, l'*Alessandrini*, reputò degno venisse inserito per intero negli Annali da Lui solo in gran parte compilati, per mostrare pubblicamente che volevansi celebrate le virtù di mente e di cuore del **proscritto,** di cui il nome allora temevasi persino da taluno pronunciare altamente. — Io stesso, alloraquando la nostra me-

dica Società accolse il **Farini** nelle sue sale e Lo festeggiò come Governatore delle Regioni dell'Emilia e come suo consocio, ebbi l'onore in sua presenza di ordire le lodi ad un chiaro collega, da non molto tempo perduto, professore in questa Università, *Antonio Santagata.* — E fu in quella solenne circostanza, e dopo ch' Egli tributò cordiali addimostrazioni d'affetto a noi tutti, che accolse e volle protetta la mozione di questa istessa Società pel riordinamento de' nostri ospedali a caritatevole e maggior sollievo de' poveri infermi, e quale utile e necessario complemento degli studi teorico-pratici in medicina e chirurgia, d'onde ne emanò quel famoso Decreto del 10 Marzo 1860. — Il quale, sebbene a viva forza lo si abbia voluto fare a brani, pur verrà tempo che occorrerà ricorrervi novellamente a ristoro e sanazione delle profonde piaghe inflittevi.

Queste precipue circostanze non mi permettevano certo che una lacrima ed un fiore non ispargessi sulla tomba del **Farini,** che rispettai e piango per le preclari doti di cuore e di intelletto che L' ornarono, e Lo resero riverito ed amato, e per la tanta parte che s'ebbe a dirigere, estendere e far porre salde radici al concetto, attuatosi, dell'indipendenza ed unità nazionale d'Italia.

Salve o anima illustre! Deh accogli amorevolmente queste poche ed umili parole, le quali mi vennero dal cuore a mostrarti come: non solo con tutti i buoni condivido e partecipo al comune immenso dolore prodotto dalla tua immatura dipartita, ma che mi fu e mi sarà sempre d'eterno cordoglio la sventura, conseguenza d'immeritati affanni, la quale ti rapì alla famiglia, agli amici, alla Scienza, alla Nazione.

Bologna il 3 Settembre 1866.

FERDINANDO VERARDINI
Medico Primario all' Ospedale Maggiore.

MEMORIE ORIGINALI

Storia d'un caso d'Aortite d'indole speciale, e consecutivo Aneurisma, con osservazioni relative del dott. *Luigi Corazza* medico assistente all'ospedale maggiore (1).

Se non cosa nuova, per avventura certo non solita sarà per riuscirvi, onorevolissimi ed eruditissimi Signori, che da questo posto altre volte tenuto con tanta dignità e sapere da ragguardevoli personaggi sorga in oggi un giovine quasi sconosciuto e tutto affatto estraneo a questo rispettabile consesso.

E per verità non a torto da voi forse si esigerebbe che l'attenzione vostra venisse chiamata sopra trattazioni perfette per isvolgimento, vaste per erudizione ed esperienza e per osservazioni profonde ed accurate. E ben a dritto il vostro giudizio dovria venire richiesto solo su controversie piuttosto nuove per la Scienza, cui una mente esperta e provetta avesse a seria e minuta disamina sottomesse.

(1) Recitata innanzi la Società Med. Chir. di Bologna li 16 Agosto 1866.

Impertanto se questo è quanto s'addirebbe a chi da molti anni s'adopra con indefessa assiduità nell'arte salutare, non è però egualmente ciò solo che l'animo vostro indulgente costantemente e senz'eccezione pretenda: e infatti annuente l'Ecc. e tanto illustre vostro Presidente, in certo modo da voi per mezzo d'un assai rinomato vostro socio il Ch. sig. dott. *Verardini* mi fu pôrto l'onorevole invito di esporre innanzi a voi un tenue risultato di qualche mio studio, mostrando di cotal guisa come il senno non disdegni anche i piccoli sforzi, anzi sappia incoraggirli e sorreggerli. Ed in vero sovente avvenne che qualcuno de' fatti onde la Scienza si giovò fu anche da mente giovane ed inesperta travisto, ma indi poi riassuntolo il genio sapesse trarne le preziose conseguenze di cui era fecondo.

Per me certo, o Signori, dopo avere non dirò considerate, ma appena traviste le alture a cui poggia oggigiorno la medica scienza, convinto delle scarse cognizioni onde sono provvisto, non avrei giammai osato di mostrarmi, e per poco non fu che al gentile e benevolo invito non mi rifiutassi; ma pensando d'altronde che avrei trovato animi inclinati all'accoglienza e che la mia età tuttor verde li disporrebbe maggiormente, colsi fortunato l'onore che mi si offriva. Imperocchè poi ben mi sovvenne che tenue e debil pianta più sicuramente e con tanta minore difficoltà si sviluppa e viene crescendo all'ombra di altra vetusta che il turbine le para, ovvero se mano esperta l'alleva, o se anche influenza di benefica atmosfera la avviva.

Ond'è che senza più, o Signori, vengo all'esposizione del mio assunto. La narrazione che io ne farò forse e per l'ordine, e per la lingua, certo non sarà gran cosa; le riflessioni che potrò sopra istituirne e le deduzioni che mi sarà dato trarne possono per avventura essere

meschine, ma la sostanza del caso senza dubbio è per sè interessante e meritevole che vi sia riferita. Egli è pertanto dall' interesse il quale prendete per le cose della scienza nostra e dall'amore che nudrite pel bene dell' umanità che io mi riprometto da voi la più cortese e benigna attenzione.

Entrò il dì 14 Settembre dell'anno scorso nell'Ospedale Maggiore, e fu assegnata alla sezione ove io era allora Assistente, una certa *G. Giovanna* d'anni 30 che diceasi affetta da tubercolosi polmonare. Dalle poche interrogazioni che io per allora nella visita serale mi limitai a rivolgerle, mi risultò che facea la pettinatrice di lana, che era nata a Bologna ed avea tratti i natali da genitori che goderono d' una vita lunga e fiorente; la madre poi nella malattia che la condusse a morte fu idropica. Parea la *Giovanna,* a quanto essa stessa asseriva, avesse avuto un tifo 7 od 8 anni prima di quell'epoca di mio esame, ed altre affezioni delle quali mi si volea nascondere l'indole vera. Fatto si è che da persone conoscenti la donna messo in sull'avvertita imparai poscia avere dessa più volte sofferto di malattie sifilitiche, che era stata alcuni mesi prima nello stesso Ospedale della Vita con dolori osteocopi ed ulceri alle fauci, e per ultimo sulle affezioni sue pregresse i registri e le cartelle dell' Ospedale di Sant' Orsola, che furono rovistati, parlarono tantò più chiaro. Questo però non mi fu aperto che assai tardi e per opra di un mio caro amico. Risultò adunque ancora che nell'anno 1857 avea ricovrato la *G...* in quello Spedale per catarro purulento dell'utero, e nell'estate antecedente cioè del 1864 dopo partita dall' Ospedale Maggiore apparentemente guarita dalle affezioni che ho accennato poc' anzi tornò al Sifilicomio affetta da sifilide costituzionale con esostosi alla tibia destra e dolori osteo-

copi. La cura consistette nell'amministrazione del ioduro di potassio e nelle frizioni mercuriali.

Avea partorito 4 volte ed i bimbi morirono tutti tenerelli: la mestruazione era comparsa al 14° anno, era stata sempre regolare pel tempo, ma piuttosto abbondante, e allora era soppressa da 15 mesi.

Sulla vita della donna e sulle abitudini sue meglio è quasi tirare un velo, sebbene più sciagurata che cattiva, più degna di compianto che di disprezzo ancorchè traviata. Pare di sua rovina prima cagione il marito, che infettala per primo della brutta labe ne' suoi verdi anni, e così degradato sè e lei, rotto poi ai vizi e alle dissolutezze la lasciasse libera a sè, anzi turpemente ad utile suo la spingesse per la via del vizio e della sventura.

Allorchè entrò nell'Ospedale della Vita per la malattia di cui mi voglio ora occupare era malaticcia da un mese; una certa tosserella secca, insistente, qualche po' di difficoltà nel fare le scale, ecco ciò che la disturbava, sebbene poi non avesse decisa palpitazione di cuore, nè addivenisse cianotica mai: l'appetito sì era conservato abbastanza, e per tutto il tempo che fu a casa non si obbligò mai al letto, ed attese come per solito alle sue poche domestiche incombenze.

Istituii pur anco quella sera un esame obbiettivo dell'inferma del quale eccone i risultati. Era la donna di statura piuttosto piccola, pallidetta in viso, a pelle fina, di poco pannicolo adiposo fornita, ad occhi, capegli e sopraciglia assai nere, gracile anzi che no, ed a scheletro giustamente e regolarmente conformato. — Nulla rinvenni al capo degno di rimarco speciale; non iscabrezze nella parte capelluta; non rialzi o punti dolenti. — La lingua larga, umida, rossa; accusava l'inferma sete, e l'appettito era allora poco, la voce un po' fioca e leggermente velata, ed esaminatele le fauci trovai i caratteri del ca-

tarro cronico delle medesime, e qua e là qualche striscia quasi argentina che stava ad indicare affezione ulcerosa pregressa. — Ambo le fosse sopraclavicolari presentavano press'a poco uguale profondità, le iugulari davansi appena a dividere: lieve era la dispnea, la tosse quasi secca, l'escreato pressochè nullo, i muscoli sterno-cleido-mastoidei uguali, il torace conico, gli spazi intercostali visibili, le mammelle floscie e cadenti (1). La respirazione era di tipo addomino-costale e piuttosto frequente, contandosene circa 26 dei movimenti in un minuto primo, le pulsazioni della radiale 120 e la temperatura generale del corpo piuttosto elevata: il torace cedevole, l'urto del cuore scorgevasi al 5° spazio intercostale un po' all'esterno della linea mammaria e come l'inferma faceva rimarcare soffriva essa un certo benchè leggero dolore puntorio nella linea mammillare sinistra, qualche volta esacerbantesi nella ispirazione profonda e più sotto i colpi di tosse.

Colla percussione in tutto il torace anteriormente s'aveva suono chiaro, tranne nella fossa sopraclavicolare sinistra, ove il suono riusciva alquanto più corto che a destra: il respiro era ivi leggermente aspro e indeterminato, l'area del cuore normale ed udivasi una certa accentuazione del 2° tono dell'arteria polmonare. Alla parte posteriore suono leggermente più corto in basso, e a sinistra, respiro debole, qualche rantolo mucoso, fremito indeterminato: l'atto della percussione a sinistra riusciva

——

(1) Tralascio di notare l'altezza delle papille mammarie la cui posizione se nel maschio può servire e quale segno per rilevare a un dipresso l'ampiezza maggiore o minore del torace e come punto di ritrovo pel 4° spazio intercostale, nol può essere certo nella donna in cui la papilla mammaria può avere posizione variabilissima, eccetto prima della pubertà o in caso di forte magrezza o di nessuno sviluppo dell'organo ecc.

doloroso all' inferma. Al ventre nulla era di notevole; le evacuazioni alvine si effettuavano secondo la norma: le urine scarse, di colore carico, di peso specifico 1,022, di reazione acida, non contenenti nè albume, nè zucchero; urofeina, urati e cloruri *relativamente* abbondanti. Organi genitali ad un dipresso normali; nessun gemitio dalla vagina. — Sulla spina della tibia destra un' elevatezza non molto prominente ed estesa per qualche centimetro, indolente, immobile, la cute sopra di essa leggermente spostabile, aveva i caratteri di risiedere nel periostio e durava da parecchi mesi: non era preceduta alcuna causa diretta, locale, che l' avesse ingenerata (gomma sifilitica o periostite sifilitica?). Null' altro si notava nel resto del corpo, se non che le glandole linfatiche degli inguini e del collo erano alcun poco ingrandite.

La diagnosi rimaneva per allora indeterminata, nè era agevole decider tosto fra *catarro bronchiale subacuto o tubercolosi polmonare incipiente a sinisira :* credetti acconcio per allora un infuso d' ipecacuana con estratto d' oppio, che il mio Primario approvò pienamente, e così seguitossi con esso, finchè poi si credette meglio di sostituirgli più tardi la polvere del *Dower.*

Ma ecco che il giorno 18, quattro dì dopo l' ingresso suo nel nosocomio è presa l' inferma verso vespro da un accesso forte di freddo e, secondo quanto mi venne riferito dalle inservienti, cadde come in lipotimia; indi a poco diede di stomaco e le rimase febbre forte, male di capo, sendo la dispnea e il dolore al sinistro costato cresciuti d' intensità e insorto cardiopalmo alquanto molesto. Allorchè la vid' io avea la faccia e più le labbra livide; accusava sete, le respisazioni erano 28, il polso frequente assai, la temperatura al dì sopra la norma. Questa malaugurata circostanza mi spinse ad un novello

esame obbiettivo, che mi diede i risultati seguenti: torace sinistro poco mobile, poco elastico, alquanto sporgente, appianati leggermente gli spazi intercostali e quasi immobili, fossa sopraclavicolare sinistra pressochè scomparsa come fossa, perchè appianata; urto del cuore nel 5° spazio intercostale all'interno della papilla mammaria, il suo impulso assai forte, nessun fremito sensibile alla mano; anteriormente a destra aveasi suono chiaro, se non che l'ottusità trasversalmente progredendo da dritta a sinistra cominciava al margine destro dello sterno; a sinistra il suono era timpanitico cupo nella fossa sopraclavicolare e sottoclavicolare; nella linea parasternale il suono corto all'articolazione sterno-clavicolare, e ottuso indi in giù fin quasi all'arco costale: nella linea mammillare l'ottusità cominciava a livello della 2ª costola, e in tutto l'ascellare il suono era completamente muto fino quasi all'arco costale. Se poi vi fosse sformamento o no dell'area cardiaca, non si potea, com'è chiaro, bene decidere, tuttavia era a pensare questo non vi fosse. Coll'ascoltazione si rilevavano a sinistra rantoli in alto, abolito il murmure respiratorio in basso e il fremito pettorale e vocale indebolito: sul cuore impulso forte, nessun rumore, accentuazione del 2° tono della polmonare. Posteriormente, tranne nella fossa sopraspinosa, ottusità completa in tutto il torace sinistro, che appariva alcun poco dilatato, invece del mormorio respiratorio un certo murmure indistinto, il fremito quasi abolito, più in basso soffio bronchiale, broncofonia, egofonia.

La diagnosi non poteva essere che di *pleurite* ad *essudato liquido* abbondante probabilmente siero-fibrinoso. I mezzi posti in opera in quel dì che s'ebbe quella sì forte esacerbazione furono senapizzazioni volanti agli arti inferiori lì per lì, più tardi mignatte al costato sini-

stro (1), in seguito pillole composte di calomelano, oppio ed estratto d'aconito, ed un infuso d'ipecacuana. — Più tardi si ripresero le polveri del *Dower* e s'aggiunse un infuso d'ononide spinosa; fu applicato poi un vescicatorio al costato della parte affetta: la dieta leggera e nutriente insieme.

L'inferma nondimeno seguitava ad essere tormentata dal suo dolore al costato sinistro e dalla tosse secca, insistente, non che dal fortissimo cardiopalmo, ed era appunto un gonfiore forte da formare una chiara elevatezza nella fossa sopraclavicolare sinistra, un po' dolente, e che si deprimeva lievemente colla pressione prolungata e poteva forse venire attribuita a forte enfisema polmonare vicario, o meglio ad edema collaterale delle parti molli per inceppata circolazione, e forse essendovi ancora aderenze fra i due fogli pleurali, comprovate anche da molte vene assai appariscenti o varicosità quasi, direi, un capo di medusa alla parte superiore interna del torace sinistro

---

(1) Avvi chi dice essere al tutto irrazionale l'applicazione delle mignatte al costato nel dolore p. es. della pleurite, levandosi così il sangue da'rami cutanei delle vene mammarie (quando non vi siano aderenze pleuritiche) e non dalle vene della pleura o vene bronchiali, sendo fra cute e pleura abbastanza grosso strato di muscoli e di ossa, staccata poi la pleura costale della polmonare. È a dirsi qui analogamente a quanto dissi dell'applicazione delle sanguisughe all'ipocondrio nelle affezioni di fegato. (Storie di alcune malattie del fegato e delle vie biliari etc. - Parte II.) - Sebbene l'Anatomico non faccia vedere una diretta comunicazione, che poi indirettamente esiste, fra i rami vascolari surricordati, tuttavia la pratica dimostra riuscire utilissime in certe speciali circostanze, che qui non si possono tutte ricordare: si può dire in generale quando si ha il *dolore non tanto diffuso e che si esacerba alla pressione*, nel qual caso pare l'affezione risegga specialmente nella pleura costale, nel caso opposto invece ha sede nella viscerale, e allora gioveranno altri mezzi, fra' quali il freddo all'esterno ed i narcotici (morfina) internamente.

appo allo sterno e dissotto la clavicola: la percussione rilevava sempre ottusità a manca, abolizione del mormorio vescicolare e del fremito pettorale anche anteriormente, impulso forte del cuore sensibile alla vista e al tatto e all'ascoltazione; s'era allungato il 1° tono aortico da addivenire quasi un soffio, che si sentiva pur sulle carotidi. — L'essudato pleuritico, che dovea ritenersi effettuatosi entro l'ospedale, come appare chiaro da ciò che finora ho esposto, rimaneva stazionario. Al cuore poi non si potea attribuire a dir vero un vizio organico, giacchè per quel poco che si potea rilevare dalla percussione non parea ingrandito, o almeno lo sarebbe stato ben di poco, ed in modo indeciso, in quanto che l'ottusità che si riscontrava a destra dello sterno era più ragionevole attribuirla ad un leggero spostamento, essendovi un liquido nella pleura sinistra, meglio che ad un ingrandimento: se la punta dovea tenersi dislocata lo era più all'interno, il che tornava sfavorevole al vizio cardiaco. Cosa alquanto singolare era l'impulso sì forte: ma io mi credea poi questo potersi spiegare per la tal quale magrezza dell'inferma, inquantochè sendo assai assottigliate le pareti toraciche si rende l'urto cardiaco più visibile e più sensibile, se non all'inferma stessa, almeno alla mano esplorante; così pure mi pensava trovarne pur anco spiegazione nell'essudato sottoposto che in certo modo avesse di più accostato il cuore alla parete toracica e ne rinforzasse così l'impulso, unitamente all'aumento d'impulsione dovuto forse al lavorio esagerato del ventricolo destro per l'inceppamento del circolo polmonare, e fors'anco vi potea concorre un certo grado di clorosi nella quale ognun sa come il cuore palpiti tumultuoso. Aveva poi non poco di singolare il non essere quasi nulla spostato questo viscere a destra, come debbe accadere in essudati pleuri-

tici sinistri (1), e perciò bisognava supporre un' aderenza fra esso e pericardio e parete toracica, o almeno fra i due ultimi organi, il che fu poi infatti confermato dalla necroscopia, che vedremo più sotto. Quel lieve soffio nel 1° tempo aortico aveva una certa importanza, o era il semplice soffio che si sente nell' oligoemia o nella compressione dei vasi? — Allora io non avrei saputo rispondere alla dimanda: egli è certo che non era sufficiente a fare diagnosticare l' affezione che si rinvenne alla necroscopia. — La cura consistette ancora per qualche dì in polveri di calomelano, colchico e squilla, poi in polveri di foglie di digitale e carbonato di ferro.

In sul bel principio dell' Ottobre le cose parea volgessero assai al meglio; diminuita la dispnea, calmata la tosse, cessata la febbre, ridestato l' appetito, l' ammalata si sentiva abbastanza bene e volgea nell'animo liete speranze di presta guarigione, se non che persisteva solo l' esagerato impulso del cuore. I sintomi obbiettivi però rimaneano sempre quelli, specialmente quel surricordato leggero soffio sull' aorta lungo buon tratto della medesima. E qui faccio pure avvertito come le arterie periferiche della donna non fossero per nulla ateromatose, e come il polso della radiale non m' accorgessi che ritardasse nè punto nè poco dalle pulsazioni del cuore; intanto si concesse dieta più abbondante.

Ma ecco che il giorno 18 Ottobre alle 2 antim. vale a dire nella notte, erasi, a quanto narra l' inserviente, sollevata l' inferma sul letto a bere, quando tutto ad un

---

(1) Sullo spostamento del cuore nell' essudato pleuritico sinistro parlai già un poco in una *storia d' un essudato pleuritico*, che fu inserita nell' Ebdomadario Clinico (N. 70, 71, 72). Se mi fia data opportunità di proseguire incominciati studi sperimentali sul cadavere in migliori circostanze darò una relazione alquanto più circostanziosa su tale argomento.

tratto come si sentisse venir meno ripose il bicchiere e cade distesa priva dei sensi e solo con qualche movimento convulsivo. L'infermiera allorchè s'avvide di accidente sì grave, chè l'ammalata più non facea motto, mi fe' con tutta sollecitudine chiamare, e quando arrivai, vidi la paziente pallida anzi bianca colle labbra livide, con trisma e immobilità di pupille: nulla avea emesso per bocca: e qui a chiamarla e scuoterla, e a spruzzarle acqua fredda in viso, e porgerle aceto a fiutare, ma tutto era nulla, non si risentiva più: le estremità fredde, un sudore gelido le bagnava la fronte, i palpiti del cuore insensibili alla mano davansi appena a sentire all'orecchio applicato alla regione del cuore, i moti del respiro dapprima languidi cessarono affatto, e sotto i miei occhi in brevi istanti l'infelice era già spenta. Per me tutto questo avea l'aspetto d'enorme emorragia interna, ma nulla di più potea imaginarsi, non trovandosi alcun che di rimarchevole alla percussione nel suo cavo toracico, nulla nell'addome, se non che su tutto l'epigastrio e l'ipocondrio destro eravi suono muto. Emorragia sì violenta, (se era realmente emorragia interna), non potea essere che per rottura di qualche aneurisma passato inosservato, ma se non v'eran segni da ritenerla nè nel torace, nè nel peritoneo, nè forse anco nel tubo intestinale, potea essere nello stomaco, verificandosi ancora infatti l'ottusità anzidetta? E forse non piuttosto per erosoine di qualche arteria, per ulcero rotondo che non avesse mai dato segno di sè? Ma come non avea poi avuto vomito, gastrorragia, etc.? — L'ottusità all'ipocondrio si potea spiegare col liquido che forse potesse avere bevuto l'inferma, ed era pure anco a pensarsi alla paralisi di cuore, che sì facilmente può essere causa di morte subitanea nell'essudato pleuritico sinistro copioso, tanto più che lo stomaco così riempito poteva avere rialzato alquanto il

diaframma: ad ogni modo la sola necroscopia presto avrebbe decisa la lite.

Infatti il giorno 20 si passò all'apertura della salma, circa 29 ore dopo la morte. Ed aggiungerò, per dir tutto, come prima facessi la percussione ed infigessi in più punti i lunghi aghi alla maniera del *Bamberger* affinchè i visceri rimanessero convenientemente in sito, e si vedesse così chiaro e preciso il diverso loro spostamento, la loro località e le relazioni reciproche dei medesimi. Egli è poi quasi inutile ripetere per disteso l'esame obbiettivo, e noterò solo alcune principali cose: che cioè avea il cadavere pallore estremo, labbra livide e pallide, mascelle serrate, la rigidità cadaverica quasi nulla, sebbene fosse stata forte assai nel giorno innanzi, specialmente negli altri muscoli delle estremità. Suono chiaro al torace destro, ottuso in tutto il sinistro; ottusità pure sull'arco costale del medesimo lato e in tutta la linea ascellare fino al margine inferiore dell'arco medesimo; mutezza all'ipocondrio destro fino all'arco delle costole, suono timpanitico chiaro ed alto al mezzo dell'epigastrio fra i due archi costali, timpanitico, ottuso, tre dita sopra l'ombellico fino ad un dito trasversalmente sotto l'ombellico medesimo, suono chiaro nel rimanente dell'addome. — Nessun ingrossamento sul cranio, sullo sterno ecc., uno alla gamba destra bensì coi caratteri di puro ingrossamento del periostio senza che al taglio uscisse alcun umore; quell'elevatezza era ben più piccola che allorchè l'inferma entrò e nel tempo che decombette essa nell'ospedale fu quella in gran parte riassorbita: tracce di cicatrici all'osculo vaginale. — Sommariamente poi dall'esperienza cogli aghi risultava: fegato leggermente abbassato più col suo lobo sinistro; polmone sinistro cinto da una grande quantità di liquido non però tutto all'intorno, ma inferiormente, allato e alla parte

posteriore: la punta del cuore corrispondente al 5° spazio intercostale circa nella linea mammillare e tenuto fermo ivi e imbrigliato col pericardio e il pericardio con porzione di pleura e di parete teracica. — Nel cranio nulla di notevole se non alta anemia cerebrale, da avere la sostanza bianca un bel color latteo, la grigia quasi quello della bianca, e da essere le meningi e plessi corridei appena colorati in debole roseo, qualche cicatrice alle fauci, nella laringe ingrossamento della mucosa. — Il polmone destro anemico (1), ma del resto integro abbastanza se si eccettuino tracce di catarro de' bronchi, nella cavità pleurale sinistra molto siero di colore citrino pressochè limpido, il polmone ridotto ad 1[3 del proprio volume, sodo, senza distinzione di lobi, con depressioni o linee cicatricee, non crepitante, anemico, privo d'aria e alquanto addensato e come fibroso all'apice; pleura leggermente opacata ma non vestita di pseudo-membrane; una briglia soda, di tessuto connettivo teso da un punto della pleura parietale alla base del lobo medio del polmone e qualche altra briglia in prossimità del pericardio e posteriormente. Aderenze del pericardio all'esocardio sul ventricolo sinistro due centim. distante dall'apice del cuore: endocardio del ventricolo destro, valvola bicuspidale e val-

---

(1) Per *anemia* comunemente s'intende lo stato d'assoluta diminuzione della massa del sangue, o dei globuli rossi e dell'albumina soltanto, sia in tutto l'organismo, che in una località di esso (anemia generale, anemia locale); etimologicamente però (da α priv. αιμα sangue, senza sangue) vorrebbe dire assoluta mancanza di sangue, e siccome questo stato non si dà nel corpo vivente e nè manco nel cadavere, così sarebbe ad usarsi più propriamente il vocabolo *oligoemia*, che esprimerebbe poca quantità di sangue, quantità di sotto il normale, povertà, scarsezza o difetto della massa sanguigna. Tuttavia il primo vocabolo, anemia, sebbene improprio, è quello che viene più comunemente usato.

vole sigmoidee normali; parete interna dell'arteria polmonare e della vena cava normale del pari. Il ventricolo sinistro a pareti leggermente ingrossate, duro, contratto, il suo endocardio e la valvola bicuspidale inalterati; valvole semilunari non fra loro agglutinate, non insufficienti, nè rigide, ma solo in poca parte alla base intorbidate; ostio arterioso non istenotico, e degenerazione adiposa infine della carne del cuore (1). Siffatte apparenze e la lesione principale che mi studierò di descrivere la vedrete nel pezzo patologico che vi presento. Cotale preparazione, duolmi, non sia troppo bella a vedersi, nè abbia i pregi di cosa che vi dovesse essere presentata; ma certo io non mi sarei pensato mai che dessa quasi dopo un anno dovesse comparire davanti a voi; inoltre non prevedendo punto prima di accingermi alla necroscopia che tale alterazione si annidasse nella grande arteria, le indagini non si poterono dirigere a quella colle dovute cautele, ma sezionando nel modo più consueto si asportò il cuore siccome suolsi, ed ecco che l'aorta è rimasta non bene troncata al suo arco; la mia dipartita e la mia lontananza non mi permisero inoltre che il pezzo patologico fosse conservato in quel frattempo colle debite cure. Ad ogni modo la lesione di cui vi vorrei intrattenere non è punto cancellata, anzi sufficientemente appariscente tranne solo, com'è naturale, che qui i diversi colori sono alterati, sbiaditi o scomparsi. Che se poi lo trovaste meritevole e la mia non fosse arditezza oserei di farvene anche un presente. — La grande arteria adunque subito sopra le valvole al così detto bulbo aortico o seno del Val-

——

Wagner (die Fettmetamorphose des *Herzfleisches*) riferisce almeno 4 casi di alterazione delle pareti aortiche (2 aneurismi, un' arteriettasia, un' aortite cronica) con ipertrofia delle pareti del ventricolo sinistro e adiposa degenerazione del miocardio.

salva ingrossata nelle pareti, che apparivano al tatto più sode e dure, ectatica, non uniformemente ma come lievemente gibbosa, a piccole bozze poco prominenti; aperta pel lungo, apparve sinuosa con rialzi e depressioni o si direbbe digitazioni superficiali, e si potrebbe dir quasi che gli avvallamenti non erano in tutto realmente e veramente tali, ma così apparivano forse in quanto che qua e là v'erano delle alture; tuttavia, come ho detto, dall'esterno però si vedevano dei leggeri gonfiori: la più profonda delle digitazioni in forma di solcatura semilunare, di un centim. di diametro, trasversale, stava subito sopra le valvole semilunari: queste digitazioni o protuberanze si estendevano partendo dalle suddette valvole fino a più di 22 centim. lungo l'aorta fino alle arterie esofagee: nella porzione d'aorta ascendente e nell'arco erano piccole, confluenti, appianate, e si direbbe come un infiltrato quasi diffuso, la più parte pallide, parecchie di color rosso di carne, altre erano pochissimo rialzate e quasi macchie o linee di color giallo-caseoso, inoltre molti raggrinzamenti e pieghettature: la consistenza loro non era molta, le gialle facevano vedere d'essere costituite d'epitelio sollevato e sotto di esso era raccolta la materia o il detrito che dava il colore giallo e che era spostabile e si potea spingere da un lato all'altro; verso l'aorta discendente i rialzi si facevano più grandi come mezzi fagiuoli, ma più abbassati o meno prominenti, biancastri, staccabili, ed erano come cortici gelatinosi densi, però si lacerava la tonaca interna e parevano partire da questa o essere suoi ingrossamenti; la tonaca media non era normale, anzi parea ingrossata; le eminenze rossigne si comportavano come queste: le gialle rotto e distaccato l'epitelio si riducevano col raschiamento in poltiglia e detrito: l'epitelio intorno intorno era lucido, liscio al tatto e non si sentiva alcuna scabrezza o placca ossea. Subito sotto

l'arco dell'aorta, anzi nella parte concava della stessa e alla faccia insomma opposta al punto d'onde nascono le arterie dell'arco non direttamente in basso ma piuttosto un poco posteriormente un foro a tutta spessezza delle pareti dell'arteria, della grandezza di poco meno d'un centesimo di lira, col margine regolare, vestito dall'epitelio che si ripiegava circolarmente sugli orli del foro stesso e si portava come di fuori a tappezzare quella cavità che sarebbe di dietro e che corrisponderebbe in parte all'aorta medesima; il forame avrebbe corrisposto all'incirca al luogo di nascita delle arterie bronchiali, delle quali un'altra si vede lì appresso a destra di chi rimiri la preparazione: le arterie dell'arco dell'aorta (tronco brachio-cefalico, carotide sinistra, succlavia sinistra) normali, l'orificio d'un'arteria esofagea alquanto dilatata. — La cavità anzidetta che era piena e quindi addiveniva un globo, era grande come una noce, collocata fra l'aorta, l'esofago ed il bronco sinistro, cui avea compressi e vedremo anche logorati; il diametro della cavità medesima o equatore del globo era di Cent. 3 1[2; le pareti del cavo non erano decise e demarcate che di dietro dell'aorta, giacchè ivi per 2 centim. e più da un lato si continuava una propagazione dell'epitelio aortico; nel resto non esisteva membrana limitante interna, dirò così, ma il tessuto delle parti stesse, tessuto connettivo disciolto e commisto e confuso col corpo nella medesima cavità contenuto, della grossezza e del diametro anzidetto, ad un dipresso sferico, che si poteva fare uscire e come enucleare, di consistenza molle, di color rosso-scuro, fatto di un guscio esterno come una pellicola grossa come un soldo, al margine del foro aortico e in forma di scorza di cipolla e andando oltre più grossa ed avente quasi un'apertura alla parte opposta, più pallida della sostanza contenuta, non ispappolabile, d'una tal quale consistenza e

quasi filamentosa; all'interno conteneva un corpo molle irregolare, rosso-scuro, spappolabile e che non riempiva esattamente questa cavità. Tale cavo comunicava poi per un' altro foro col tubo esofageo, ed aperto l'esofago si vide il medesimo aderente al sacco o per dire più esatto formare col suo esterno tessuto connettivo e strato muscolare esterno, in certo qual modo parte del sacco in discorso e a quel punto era perforato: l'apertura di comunicazione circa grande come quella dell' aorta e forse un po' più, se non che era questa dell' esofago oblunga d'alto in basso, irregolare nei margini, che erano scuri e quasi neri e formati da tessuto necrotizzato: il diametro verticale di 1 centim. e 1[2 abbondante, il trasverso di 1 centim. scarso; all'intorno del foro, sulla mucosa esofagea, si irradiava una macchia di colore violaceo-verdognolo. Comunicava parimenti la cavità sopramenzionata col bronco sinistro subito sotto la biforcazione della trachea, per perforazione del bronco medesimo; però era intercettato il passaggio e chiuso il lume del forame dal grumo o corpo nucleare poc'anzi descritto, che protrudeva un pochino entro il lume del foro del bronco; tale apertura era più grande anche di quella dell'esofago ed erano logorati, od usurati, che dirsi voglia, 3 anelli cartilaginei e distrutta del pari la loro membrana o legamento elastico che li connette l'uno all'altro: levato il grumo, rimaneva però libera la comunicazione: quei margini di quest' ultima soluzione di continuità leggermente rosei, le cartilagini al punto della soluzione di continuo non puntute o pungenti, ma liscie, e lungo l'interno de' bronchi poco muco rossigno, ma non sangue o coaguli. Lunghesso l'esofago sangue nella direzione dal foro in basso, ma non dal basso all'alto, ed incidendo il canale suddetto fino allo stomaco si rinveniva quest'ultimo disteso da enorme coagulo nero, senza commistione di cibi, che lo riempiva

tutto quanto, ed era cacciato, e rovesciato e come approfondato col suo fondo sotto tutto l'arco costale sinistro: qualche poco di sangue nel duodeno e nel principio del digiuno. Nei reni nulla d'anormale; poco di notevole nell'utero, che solo era leggermente ingrandito.

L'esame chimico e microscopico del contenuto del sacco, dava per ultimo risultato che quello non era che un grumo o precipitato all'esterno fatto di uno strato o deposito di fibrina quasi pura e nell'interno più imbevuto di siero e con molti globuli bianchi e rossi del sangue.

Esaminando la neoproduzione o le placche aortiche, dirò così, si trovavan vestite nella più parte dell'epitelio pavimentoso, che era prolungamento di quello che veste la tonaca interna dell'aorta stessa; nelle vegetazioni, tumide cellule fusiformi, nuclei, e sostanza biancastra amorfa; le altre che contenevano la materia, che dissi caseosa, fatte di gocciole di grasso, detrito, molecole indistinte e senza cristalli.

Intorno a questo caso parmi che insorger possano parecchi quesiti, che esporrò, e tenterò secondo che me ne paia e a quanto permettono le mie poche forze di darne la più facile e naturale spiegazione. Ma forse taluno potrebbe dire che i casi di siffatta affezione dell'aorta, che si riduce già ad un aneurisma, ormai sono cose sì ovvie da non meritare punto tante considerazioni. E qui dirò non meritar tanto l'aneurisma per sè, quanto la causa dalla quale lo ritengo prodotto. Però oltre l'aneurisma, l'aortite, la discrasia della donna, di cui ci intratteremo un poco più oltre, e che formerà anzi la parte principale delle mie considerazioni, può nascere qualche domanda sulla qualità e sulla causa dell'essudato pleurale. Era questa un'affezione a sè, un essudato pleuritico reumatico primitivo, o legato alla discrasia della donna, o che non avea dipendenza o legame alcuno coll'aneurisma, ovvero

era in certo modo da quello dipendente? Egli non è agevole al tutto il deciderlo senza dare in ipotesi e in asserzioni malsicure. Non credo potesse avere un certo qual nesso coll'aneurisma nel senso che compresso dapprima il bronco e quindi impedita in gran parte l'entrata dell'aria nel polmone sinistro, questo siasi via via venuto atrofizzando fino al punto che gli permetteron le briglie, e siasi poi fatto nella pleura un versamento contemporaneo, un'idrope *ex vacuo* come nell'atrofia del cervello cresce il liquido cefalo-rachidiano. Non lo penso nè anche dovuta al rattrarsi del polmone per cronica pneumonite e forse anco sifilitica, sebbene poi fossero in esso non pochi tratti cicatricei. Dico questo se non altro perchè quando l'inferma entrò non avea segni decisi di essudato pleuritico, perchè più tardi vi fu dolore, febbre e altri fenomeni che indicarono un processo infiammatorio che si sviluppò nel tempo che dessa decombette nell'ospedale. L'indole della pleurite non potea essere dunque che *reumatica* o *discrasica*. Ad ogni modo avrà poi il liquido della pleura contribuito assai ad accrescere la compressione sulle visceri e sui vasi contenuti nel cavo del torace e sull'aorta e sull'aneurisma, e ad inceppare il circolo e ad accellerare la rottura del sacco aneurismatico e il fine letale.

L'alterazione precipua era una lesione nell'aorta portata al punto da alterarsi l'arteria siffattamente da lasciarsi espandere e cedere all'interna pressione del sangue e da aver luogo un aneurisma. Cotale aneurisma però non deve essere stato per *ulcerazione* dell'aorta medesima perchè gli orli della soluzione di continuo e del foro erano regolari e vestiti del loro epitelio ripiegantesi di dietro a tapezzare per un poco la cavità aneurismatica, come s'è detto più sopra, per cui o si era dunque in quel punto formato un essudato interstiziale o un'altera-

zione di nutrizione qualunque nella media, più avanzata degli altri punti, da aversi ivi più debole la parete aortica e dar campo alla forza premente del sangue, ivi anche maggiore, perchè l'arco, di cacciarsi avanti la tonaca interna e formare insomma un aneurisma nel tessuto connettivo fra esofago e bronco sinistro. Ovvero non fu che un'enorme dilatazione d'un' arteria bronchiale, che al contorno di sua nascita dall' aorta dovea essere però degenerata; ma chi è che può decidere la lite? Certo che di altre arterie bronchiali non ve ne era che una di visibili e ciò accrescerebbe probabilità all' ultima opinione: inoltre un' arteria esofagea cominciava pur essa a dilatarsi (1). Ad ogni modo per non dare nell' esagerato e rimanere nei limiti sicuri è meglio appellare l'affezione *aneurisma dell'aorta.* — L'aneurisma poi comprimendo esofago e bronco ha determinato la mortificazione e l'usura di questi e la perforazione d'entrambi (2). Più facile in genere e primo è l'esofago a corrodersi, come composto solo di parti membranacee o di strato muscolare e non cartilagineo, o forse perchè talora sopra di esso si esercita maggiormente la pressione: questo però non è il nostro caso, avvegnacchè anche il bronco era perforato; così si fece un' emorragia interna per l' esofago non per la trachea; chè il foro del bronco era chiuso da grumo e

---

(1) La dilatazione è solo nelle arterie di grosso calibro: l' arteria più piccola nella quale finora si è osservato aneurisma vero è secondo *Bell* l'arteria auricolare posteriore. (*Hyrtl*).

(2) È cosa frequente lo scemamento di certi organi prodotto dal crescere di altri che si dilatano e quindi comprimono i vasi e gli elementi cellulari de' primi, sì che ne manca la nutrizione, si atrofizzano e in parte vengono assorbiti e come dicono *usurate* (*Virchow*): nel caso nostro tal fatto è avvenuto nell' esofago e in un bronco: non è raro in aneurismi dell' aorta il caso dell' usura delle costole, delle clavicole, dello sterno e delle vertebre.

poscia entrò il sangue nello stomaco senza produrre vomito di sorta, e senza che l'inferma durante la vita avesse accusato mai disturbi di deglutizione o esofagismo o altri fenomeni morbosi insomma riferibili a malattia dell'esofago e quindi il caso e la probabilità di *ulcere esofageo, d' esofagite circoscritto o necrosi dell'esofago* a tutta spessezza dell'organo stesso, che possa arrivare a fine letale passando nel suo decorso *inosservato e senza che l'infermo risenta alcun incomodo:* il piccolo volume dell' aneurisma forse era causa che la deglutizione non fosse impedita e cadde forse allora l'escara dell'esofago per lo sforzo che l'inferma fece d'alzarsi sul letto, e nel movimento del deglutire. Se invece dell'esofago si apriva nel bronco o cadeva il grumo, ecco che si aveva la morte per enorme broncorragia e soffocazione. Essendo poi le pareti dell'aorta così alterate, non si può credere che la malattia abbia cominciato nella trachea nè nell'esofago stesso, come nelle perforazioni di quest'organo per caustici o cancri ecc., e da questo siasi poi l'affezione propagata all' aorta ed essa alteratasi poi secondariamente nelle sue pareti (poichè oltre già che mancavano segni d'esofagite si vedeva l'epitelio dell'aorta continuarsi pel foro nel sacco dall'interno all'esterno) quindi l'affezione fu primitiva nell'aorta, consecutiva quella dell'esofago e trachea: fu un' aortite che diede luogo a leggera dilatazione dell'aorta stessa, all'arteriectasia, e in un punto della medesima alla formazione d'un *aneurisma spontaneo, misto*, diciam anche, *interno, sacciforme* o *ernioso* secondo *Scarpa*, ma sessile, e non pedunculato propriamente. Ed in vero gli aneurismi *spontanei* vengono per degenerazione delle arterie, ateroma e degenerazione adiposa della tonaca media ed anche della media e dell'intima insieme. Così perde la parete arteriosa la sua normale elasticità e resistenza, e lasciandosi distendere può arrivare a formarsi per-

fino un vero aneurisma. La degenerazione adiposa essendo diffusa dà luogo piuttosto a dilatazione completa o totale e quindi ad aneurisma *cilindrico* o *diffuso*; l'ateroma dando piuttosto luogo a depositi parziali ed a rigonfiezze forma l'*aneurisma circoscritto sacciforme*. Questo però non toglie che anche nella degenerazione adiposa in un punto più debole ove la degenerazione ha raggiunto un assai alto grado, non si possa formare un aneurisma *saccato*. In principio il sacco forse era composto di tutte le tonache, ma col tempo e per la distensione, e per la progrediente degenerazione, gran parte delle membrane andò perduta. Al principio o entrata nel sacco rimasero forse tutte le tonache come è solito, ma al fondo, dirò così, la parete di preferenza era fatta dall'esterna rinforzata dalle parti vicine, ed ecco l'aneurisma *misto*, che un tempo dovette essere misto interno avendosi come le orme d'un invaginamento dell'intima nella perforazione o lacerazione della media.

Tutto questo dà poi in certo qual modo sufficiente ragione dell'aumentato impulso del cuore senza che vi fosse una vera ipertrofia o notevole abbassamento del medesimo, in quanto che il tempo del decorso del morbo dovette esser corto, nè erano le pareti dell'aorta sì alterate o per dir meglio il lume della stessa nè sì angustiato nè essa sì allungata da difficoltare o notevolmente inceppare o impedire il circolo del sangue: l'aneurisma poi come fuori della corrente non potea neppur esso produrre gli effetti anzidetti; nè nascendo dal sacco o vicino ad esso alcun ramo arterioso ritardare il circolo in quello; e quel po' di rumore non dovea attribuirsi all'aneurisma non avendosi vortice o sfregamento in esso, ma ristagno solo, ed essendo quasi tutto pieno di grumo: quel soffio si dovea alla diminuita elasticità e vibrazione della maggiore arteria. Non era spostato il cuore dall'essudato

pleurale perchè v'era aderenza fra esso e pericardio, fra questo e pleura e parete toracica. E l'aneurisma per sè era indiagnosticabile, poichè non essendovi la corrente che l'attraversasse mancava il solito rumore (il fremito di gatto); mancava pure un tumore accessibile all'esterno (1), un rallentamento di circolo sensibile non avea luogo nell'aorta o in altre arterie giacchè, non avea con esse l'aneurisma alcun rapporto, mancava pure l'ipertrofia e lo spostamento in basso del cuore, effetto quasi costante degli aneurismi od ectasie dell'aorta; infine non si avevano i fenomeni di compressione de' bronchi (suono chiaro alla percussione e mancanza di murmure respiratorio, accessi asmatici) i quali servono talora a diagnosticare l'aneurisma incipiente e serviron pure in parte al Professor *Concato* a fare la diagnosi di un *aneurisma sferico dell' arco dell' aorta* (Ebdom. Clin. N. 12, 13) incipiente in un cameriere di locanda di 33 anni: nel nostro caso erano velati tutti i fenomeni da quelli dell'essudato

---

(1) Negli aneurismi dell'aorta ascendente e del suo arco presto o tardi si manifesta prominenza pulsante in qualche punto del torace in ispecie anteriormente e si fa un certo abbassamento del cuore per l'allungamento dell'aorta, e nasce ipertrofia del ventricolo sinistro; inoltre di rado mancano segni di compressione polmonare, ottusità alla percussione, soffio bronchiale etc. Se ne ebbe un caso dirò nella sezione nostra in un uomo che morì nel Dicembre passato: si era il sacco aneurismatico che partiva dalla porzione ascendente dell'aorta cacciato fra due costole, divaricatele e leggermente logorate e protrudeva fra esse sporgendo coperto da cute violacea dal piano della parete toracica in forma di tumore cilindrico-oblungo quasi come un grosso pomo: la punta del cuore pulsava nella linea ascellare due dita circa sopra l' arco costale e posteriormente lungo la linea scapolare e paravertebrale sinistra elevavasi ottusità e soffio bronchiale. Morì non per rottura dell'aneurisma, ma per anemia, marasma, estenuato dai dolori al torace, alla spalla e al braccio sinistro e dalle veglie, per alterazione nelle funzioni respiratorie e circolatorie, della digestione e della sanguificazione.

pleuritico. Trova poi il non abbassamento del cuore altri due modi di spiegazione e per le aderenze col pericardio, e forse anche per essere spinto invece dell' essudato in parte opposta. Infine non vi era insufficienza relativa delle valvole come si ha nelle dilatazioni dell' aorta perchè, come è chiaro, questa dilatazione (non parliamo dell' aneurisma) non era subito al livello dell' orificio aortico ma cominciava un poco più in alto.

Ora qui nasce pure altra dimanda: l' aneurisma si è formato durante la dimora della donna nell' ospedale? — Non sarebbe ingiusto il ritener ciò non avendosi avuto quando entrò segno nè fisico nè razionale, che lo potesse fare intravedere: almeno poi se non in quel tempo non tanto prima: forse quando entrò aveva già cominciato ad ordirsi e l'affezione fondamentale dell'aorta è giusto ritenere fosse iniziata già da un certo tempo.

Rimane ora a rispondere ad un ultimo quesito, vale a dire a quale categorìa apparterrebbe l' affezione dell' aorta?

L' affezione descritta dell' aorta era un' aortite. — Come qualsiasi altro organo o tessuto va soggetto a quell' alterazione di nutrizione che appellasi infiammazione, così pure e nell' aorta e nel tessuto delle arterie può aver luogo simigliante processo. Se non che si possono almeno distinguere due specie di infiammazione, quella cioè che ha luogo in tessuti forniti di vasi o vascolarizzati, come dicono, e quella che si sviluppa in tessuti di vasi privi. Nella prima si ha a costante compagna l' iperemia e per solito un prodotto appellato essudato o essudazione, e talora una neoformazione (pus): la seconda naturalmente non può essere dall' iperemia accompagnata, per lo più non ha vero prodotto d' essudazione mancando i vasi, e compiesi piuttosto nell' interno dei corpuscoli del tessuto e appellasi infiammazione parenchimatosa da *Virchow*.

Siffatto modo d'infiammazione è quello che si volge specialmente nella cornea, nelle cartilagini e in altri tessuti, come p. es. nell'enchima delle glandole, e se ne ponno dare almeno due specie principali, cioè l'elemento abnormemente irritato e nudrito può proliferare, cioè scindersi e dar luogo a parecchi altri corpuscoli a lui simili e così moltiplicarsi (iperplasia) e questa è la specie così detta *formativa*. Ma altre volte l'infiammazione non giunge sì oltre, ma si limita o a depositi d'essudati fra gli elementi stessi o ad un intorbidamento del contenuto cellulare, a gonfiamento degli elementi medesimi, alla formazione entro loro di qualche granulo e finalmente alla degenerazione delle cellule stesse, e cotale degenerazione è l'adiposa. Di questa se ne può avere esempio nella così detta infiammazione parenchimatosa del fegato e dei reni. Ora nella parete delle arterie, specialmente nella tonaca intima e suo epitelio e nella media, nel tessuto connettivo interposto, e nelle fibre muscolari organiche e forse anche nelle fibre elastiche come sfornite di vasi non ha luogo la forma essudativa vera, ma una forma parenchimatosa di infiammazione, sì che se ne ponno poi avere le due specie od esiti, la proliferazione cellulare cioè o formazione di vegetazioni, o la tumefazione delle cellule puramente e la loro adipo-metamorfosi (1). È secondo *Virchow* pienamente analogo al processo di endocardite nel quale hassi pure o la proliferazione cellulare o un processo quasi di rammollimento. Così l'aortite adunque nei punti in cui si sviluppa sendo costituita da una tumefazione delle cellule e degli elementi del tessuto, si presenterà in forma di prominenze o rigonfiature che pe-

---

(1) La degenerazione adiposa non viene solo per infiammazione: — è sostantiva o a sè, o consecutiva ad altre alterazioni delle arterie.

rò non sono sempre puramente costituite da cellule rigonfie ma in parte anche da proliferazione di un tessuto connettivo molle, mucoso (Risse) da distinguersi però dall'ipertrofia delle membrane arteriose stesse: indi accade la degenerazione loro grassosa onde in parte si diminuisce quel gonfiore ed assorbendosi la parte puramente grassa possono rimanere indietro i soli calcari che poi formano come deposito nella tonaca arteriosa, alle incrostazioni calcari, alla litiasi delle arterie. La infiammazione dell'aorta, l'aortite, come pure l'arterite in genere dee essere una, sola, sempre identica a sè, sebbene l'esito o la forma dell'esito possa essere diverso come anche nell'altra specie di infiammazione. Se l'infiammazione comune, dirò così, può finire in risoluzione assorbendosi l'essudato, o in suppurazione, o in cancrena, o lasciando depositi calcari, cicatrici, ossificazioni ecc. e non per questo quell'infiammazione cessa di essere sempre la stessa, così l'aortite non si cambia, è sempre quella medesima, sebbene ne possa seguire la pura degenerazione adiposa, o l'ateromatosa, o la metamorfosi calcare, o la formazione di cicatrici, di placche cartilaginee, ossee etc. — L'aortite o arterite che finisce nella incrostazione calcare con deposito di molti cristalli di colesterina, che accade di solito nell'età avanzata e che piú che un processo patologico è quasi un modo fisiologico di involuzione dell'organismo appellasi *ateromasia*, esito del processo d'*endarterite* (sebbene però vi si associ anche *mesarterite* e talora *periarterite*) detta *deformante* o *nodosa* da *Virchow* o *arteriosclerosi* ed è un processo eminentemente cronico. Come appare poi chiaro non è come l'appella *Rokitanski* un *Auflagerungsprocess*, perchè allora vi dovrebbe essere qualche cosa che si deponesse al dissopra, mentre invece il deposito è sotto l'epitelio, nel tessuto stesso dell'intima e della media.

Ora l'affezione di cui ho esposto la narrazione era un'aortite, era un'ateromasia? — Credo che nessun dubbio dopo l'esposto possa cadere sulla formà infiammatoria dell'affezione, nessun dubbio sull'aortite ritenendo però che sebbene endaortite non debba poi chiamarsi ateromasia nel senso comune del vocabolo. Prima faccio notare che l'affezione ateromatosa delle arterie rappresentando un' involuzione dell'organismo si manifesta nella tarda età, quasi sempre dopo i 45 anni, assai di rado prima dei 40, forse mai prima dei 35: la inferma nostra non toccava che i 30. Inoltre il processo ateromatoso come processo di involuzione ha per carattere d'essere diffuso ed invade poi quasi tutte le arterie del corpo e specialmente poi quelle di mediocre calibro: l'affezione nel caso descritto era *limitata* alla porzione ascendente dell'aorta, all'arco ed a poca parte della discendente. La prima affezione è costituita da depositi calcari, che nel nostro caso mancarono, e per ultimo il processo ateromatoso invade per solito la valvola mitrale e le semilunari mentre nel caso nostro la prima era immune affatto e le seconde non so se si posson dire appena tocche. Ed ecco che io trovo in siffatte condizioni non poca differenza e tengo l'ultima a cui la mia storia si riferisce un'affezione piuttosto localizzata che generale, non la chiamo adunque ateromasia nel senso comune, sebbene però in essenza non ne sia gran che differente in ispecie nel processo come processo anatomico-patologico; appelliamola non degenerazione adiposa semplice, ma puramente aortite in corso, che cominciava però a dare nella degenerazione grassosa, quale l'esito più comune delle infiammazioni parenchimatose.

Il processo ateromatoso è un processo d'aortite lenta; gradatamente e pian piano accade l'infiammazione, gradatamente e pian piano si alterano le tonache delle arte-

rie, e vi si depositano sali facendosi quelle rigide e direi quasi il deposito di siffatti principii calcari, che è abbondante, va d'accordo coll'alterazione delle membrane, per cui la sodezza dell'incrostazione calcare rimpiazza la sodezza della tonaca elastica, ed ecco che ben difficilmente la parete arteriosa cede e non è facile che accadano aneurismi, sebbene però non manchi per solito una certa ectasia e allungamento del lume; e così fra tanti vecchi che muoiono con sistema arterioso in cui il processo in discorso è avanzatissimo ed estesissimo, aneurismi non si trovano quasi mai. Ora parmi si possa ammettere un'infiammazione spontanea se non *acuta*, almeno *subacuta* della tonaca arteriosa, e in questa alterandosi in breve la tonaca medesima, e perdendo essa la sua elasticità e resistenza, non essendo ancora depositati principii calcari, che valgano a fare incrostazioni e così a surrogare colla loro sodezza e rigidezza la perdita di resistenza della tonaca arteriosa, ecco che là accade di leggeri sfiancamento ed aneurisma, ed ecco che spiego così la presenza di questi ultimi nell'aortite quando si fe' la degenerazione adiposa, più che nell'ateromasia, che dà incrostazione calcare soda, e tutto questo è in accordo col caso da me descritto.

Or quindi se ho escluso che quell'infiammazione dell'aorta fosse l'ateromasia così detta, rimarebbe adesso a dire, se fosse possibile, qual genere era dunque d'aortite. Ed ecco ancora novella dubbiezza: la donna era stata ed era si può dire anco allora affetta da sifilide costituzionale: ma poteva essere quella un'affezione sifilitica o alla discrasia sifilitica legata, da quella dipendente?

Sembra potersi dire che il principio sifilitico costituzionale nell'organismo possa dar luogo a due maniere di guasti o di affezioni. Alcune che hanno qualche cosa in certo modo di caratteristico e di speciale, agendo cioè come principio sifilitico propriamente, e altre che non

hanno nulla di speciale, e allora agisce come principio irritante comunque o generante discrasia o cachessia. Colla prima specie voglio alludere alla così detta gomma sifilitica, alla neoproduzione sifilitica, al così detto da *Wagner*, *sifiloma*. Questa è neoproduzione ingenerata dalla sifilide costituzionale, che si può avere in tutti gli organi e tessuti vascolarizzati e non. Sebbene gli elementi suoi istologici non abbian nulla di speciale e di caratteristico e si riducano ad una proliferazione de' corpuscoli del tessuto connettivo e fors'anco de' nuclei dei capillari, a cellule simili a' globuli bianchi del sangue, con nuclei senza speciali caratteri, tuttavia l' insieme suo, il modo di connessione de' suoi elementi, e specialmente la proporzione e il rapporto delle cellule e nuclei colla sostanza circostante, la sua struttura insomma, le danno certa impronta da potersene fare una forma speciale di neoproduzione, il sifiloma, come si ha il sarcoma, il carcinoma ecc. Questa è affezione solamente prodotta dalla sifilide e richiede una cura antisifilitica. — La sifilide può produrre alterazioni profonde nell'organismo, il che appellasi cachessia, ingenerando alterazioni diverse e specialmente la degenerazione amiloide nel fegato, nella milza e nei reni, il che non è proprio puramente della sifilide ma della più parte delle cachessie, e siffatta degenerazione può venire egualmente nella cachessia da piaghe a lungo suppuranti, da carie delle osse, da tubercolosi, da intossicazione mercuriale ecc. Così può del pari agire quale principio puramente irritante dando luogo a diverse infiammazioni, quali la più parte de'sifiloidi o affezioni sifilitiche della cute, quali le pleuriti, endocarditi ecc. e affezioni specialmente cosi dette interstiziali, quale la interstiziale epatite, che può nascere tanto per l' irritazione prodotta dal principio alcoolico, come dal principio sifilitico, come del pari la pneumonite sifilitica, affezioni tutte

che per nulla differiscono dalle altre nè anatomicamente, nè clinicamente, e non vi potrebbero essere che circostanze anamnestiche che potessero fare decidere, e richiedono per lo più cura comune. — Il fegato a mo' d' esempio è l'organo nel quale si ponno avere i due o tre esempi de' modi onde può agire la sifilide o delle diverse specie d'alterazione di nutrizione a cui dà luogo: la gomma sifilitica o epatite gommosa che sorge, e dal tessuto parenchimatoso e dall' interstiziale o tessuto connettivo specialmente, ed è quindi a facolai, propria puramente della sifilide: l'epatite interstiziale o fibrosa che si svolge nel tessuto interstiziale ma più diffusamente della gommosa e finisce nella cirrosi, che non ha nulla di caratteristico ed è al tutto identica a quella prodotta dall' abuso dei liquori alcoolici, se non che non è per solito diffusa all' organo tutto: la degenerazione amiloide che è un' alterazione di nutrizione che risiede nella tonaca muscolare delle piccole arterie per nulla della sifilide caratteristica e al tutto simile anzi identica a quella prodotta dalla cachessia marcuriale, dalle suppurazioni, da tubercoli e carcinomi ulcerati ecc., anzi più che dovuta alla sifilide si potrebbe ritenere dipendente da siffatti guasti dell' organismo dalla sifilide prodotti (1). Ripeto adun-

---

(1) *Samuel Wilks* nello scritto « *Sulle affezioni sifilitiche degli organi interni* » (Guy's Hosp. Rep. 3. Ser. IX, p. 1, 1863) - detto come sia insussistente la divisione della sifilide in primaria, secondaria e terziaria, accennato che la sifilide primaria è un ulcera puramente locale e da non designarsi punto col nome di affezione costituzionale (si paragona da taluno il virus dell' ulcera molle a quella della vaccina, quella dell' ulcera dura col virus vaioloso), e che non è parimenti esatto di tenere terziari i processi sifilitici degli organi interni in quanto che essi si sviluppano spesso nel tempo medesimo che i fenomeni così detti secondari, e s' appalesano solo più tardi o perchè sfuggono alla diagnosi e si riconoscono solo alla neocrosco-

que la prima forma o la forma di gomma è prodotta solo dalla sifilìde; le altre infiammazioni e la degenerazione amiloide sono prodotte da diverse cagioni fra le quali è la potenza sifilitica. Egli è insomma per queste ultime come d'un catarro intestinale, che può essere prodotto da diversissime cagioni, come ognun sa, e da qualunque sia prodotto è sempre a un dipresso quel medesimo processo anatomico e clinico.

O in una maniera o nell'altra la sifilide agisce su tutti gli organi, tuttavia suo modo d'agire si modifica a seconda delle attività dell'organo stesso, di sua struttura ecc.: così il sifiloma è frequente nel periostio, nel fegato, nella cute, nel cervello, raro nello stomaco e intestino; la degenerazione amiloide è solo nelle piccole arterie e

---

pia, fa poi giustamente notare come debbonsi assolutamente distinguere le conseguenze de' sifilitici processi dai processi medesimi, quelle non avendo niente di comune colla sifilide e producendosi soltanto pel deterioramento di costituzione che sussegue ad una sifilide, come sarebbe la *tendenza* alla degenerazione adiposa dei diversi tessuti, e specialmente alla degenerazione amiloidea. Sarebbero dunque a distinguersi l'ulcere puramente locale, la sifilide costituzionale e le conseguenze della sifilide. Intanto che la sifilide costituzionale è accompagnata da una tendenza alle neoproduzioni plastiche lo stadio delle conseguenze d'una sifilide guarita ha tendenza alla distruzione degli esistenti tessuti normali. Ed ecco come si spiega l'azione sì diversa del mercurio nella cura della sifilide. Questo metallo esercita in ogni caso sui tessuti un'azione distruttiva e per ciò quando è in corso ancora il processo di neoproduzione sifilitica può agire con vantaggio impedendone il progredire. Ma se il processo sifilitico è finito e lasciò dietro sè un'alterazione generale degli umori con tendenza alla distruzione dei tessuti, il mercurio non può riuscire che dannoso. Così adunque gioverà ad esempio nella vera carie sifilitica con escavazione centrale e produzione di nuove masse ossee alla periferia; non riescirà che dannoso nella carie da cacchessia generale consecutiva a sifilide pregressa.

nei capillari, la carie nelle ossa (1), la infiammazione comune pressocchè in tutti gli organi.

Or bene dunque, se il veleno sifilitico ha la possanza di agire, non parliamo adesso come ingenerante cachessia, ma come principio irritante su tutti gli organi o su gran parte degli organi, nessuno vorrà niegarmi che agisca pure sui vasi; non parliamo dei linfatici sui quali ognun sa quanto possa la gallica lue, ma sui sanguigni e valga su quelli parimenti a determinare degli sconcenti di nutrizione e delle infiammazioni. Io mi occuperò già puramente degli arteriosi come ciò che più fa pel caso mio. — I piccoli vasi arteriosi vengono affetti dalla degenerazione amiloidea, chè tale infine è l'affezione loro più propria, per quello che risulta dall'osservazione, ben di rado dalla degenerazione adiposa, non dall'ateromasia, che in cotali vaselli in nessun incontro forse mai si osservò: mentre all'incontrario in quelli di mediocre e più in que' di grande calibro non si è ancora osservata la così detta degenerazione amiloide, ma sibbene l'ateromasia e la degenerazione adiposa. Così dunque il veleno sifilitico determinando disturbi di nutrizione negli anzidetti organi, sia come principio irritante comunque, che come producente cachessia, ne risulterà che ognuno d'essi dovrà ammalare alla maniera sua, nel modo suo proprio; le arteriuzze saranno colpite dalla amiloide degenerazione e nulla di più naturale che le grandi arterie subiscano nelle loro tonache l'infiammazione che finisce nella degenerazione adiposa. Questo riguarda la

(1) La carie e la necrosi *sifilitica* delle ossa non è come s'è creduto finora della medesima natura d'ogni altra carie semplice, ma offre caratteri speciali descritti specialmente da *Virchow* (Ueber die Natur der constitutionel - syphil : Affect : - Berlin 1859).

sifilide come principio irritante puramente e come principio forse capace a suscitare alterazioni comuni di nutrizione nelle parti, imperocchè come principio atto a determinare alterazione di nutrizione dirò speciale o specifica, darebbe luogo alle vegetazioni o gomme che si sa già potere aver sede e nell'endocardio e nelle valvole cardiache. Di casi siffatti se ne conoscono ormai a sufficienza e lasciandone tanti altri ricorderonne uno descritto dal prof. *Luigi Concato* appellato: *insufficienza acuta delle valvole semilunari dell' aorta da mioencardite sifilitica* (gomma sifilitica del cuore) nell'Ebdomad. Clin. N. 20, 21, 22. Scrisse pure non ha guari il prof. *Pietro Gambenini* sulle *vegetazioni sifilitiche nelle valvole aortiche* nel così detto *Giornale italiano delle malattie veneree e delle malattie della pelle* (Vol. II. 1866). — In quanto a' vasi poi propriamente, non parmi, se la memoria non mi tradisce, che il *Wagner* trattando del sifilome nell' *Archiv der Heilkunde*, ragioni di sifilomi de' vasi. Ad ogni modo il prof. *C. O. Weber di Bonn* presentò alla Società di Scienze Mediche e naturali del Basso-Reno (1) un pezzo patologico in cui trattavasi di stenosi del tronco destro della arteria polmonare, prodotta dal protuberare di una neoproduzione ovale in forma di nodulo grosso come una fava, simile ad un così detto minoma, e da tenersi per tutti i caratteri, che è inutile riferire, per neoplasma sifilitico, e fu in vita causa di emoptoe e di gravi disturbi della respirazione. — *Samuel Wilks* (2) in una donna di 28 anni, sifilitica per eccel-

---

(1) Silz. Ber. d. Niederrhein Ges. f. Nat. und Heilk. Bd. XX (N. F. H.) medic. Sect. 1863.

(2) Guy's Hosp. Rep. 3. Ser. IX. p. 1. - 1863.

lenza, che morì con fenomeni di sopore ed emiplegia sinistra, trovò, oltre un focolaio di rammollimento nel corpo striato e talamo ottico destro, una deposizione di granuli duri nelle pareti delle diramazioni de' vasi carotidei e vertebrali. Vuole egli qui si tratti di prodotti sifilitici. Così pure riscontrò in giovani individui sifilitici, malattie del cervello in seguito d'affezione vascolare, come pure in una prostituta sifilitica con aneurisma addominale; malattie che non si sogliono altrimenti osservare ne' soggetti di età giovanile.

È adunque a distinguersi un'*aortite sifilitica*, come avvi un'endocardite sifilitica, nel senso che è una gomma, un sifiloma, una neoproduzione sifilitica, speciale, che si svolge nel tessuto aortico, come può svolgersi nell'endocardio e in qualsiasi altro tessuto. Un'*aortite* in *soggetto sifilitico*, come suol dirsi, in quanto che si possa svolgere in un individuo affetto da sifilide costituzionale siffatta affezione come in qualsiasi altro soggetto discrasico, tubercoloso ecc. ed a questa non do alcuna importanza non sapendo nè anche come la si potesse distinguere da quest'altra; cioè, una *aortite* per ultimo *da sifilide* in quanto che il principio virulento più volte mentovato sia come causa predisponente od occasionale allo sviluppo dell'infiammazione, la quale, tranne forse un'impronta più di malignità ma sempre però indeterminata, non abbia nulla di speciale nè di caratteristico, come si è detto di sopra portando ad esempio l'enterite catarrale o catarro intestinale. — Questa affezione de' grandi vasi avrebbe rapporto colla sifilide a un dipresso come la degenerazione amiloide delle piccole arterie colla discrasia medesima.

Ora la sifilide costituzionale come cagione d'aortite è a ritenere possa dar luogo ad una flogosi subacuta e a degenerazione adiposa, e quindi pure sia capace a dar

luogo ad aneurisma, e così tengo pure l'affezione descritta certamente aortite come *d'indole speciale* non potendosi assegnare al processo ateromatoso sia per l'età dell'inferma, che per la mancanza d'alterazione consimile nelle altre arterie, che per la forma subacuta; d'altro lato poi veduto chiaro, a quanto parmi, che la sifilide costituzionale possa dar luogo a siffatta affezione, nel caso descritto questo elemento essendovi ad esuberanza, credomi autorizzato a dare l'affezione di cui vi ho intrattenuti, per un'*aortite da sifilide* nel senso che mi sono studiato d'esporre poc'anzi. Questo però non vuol dire che ogni affezione che si svolge in un individuo che fu un tempo inquinato dal celtico malore debba tenersi e battezzarsi per sifilitica, ma solo allorquando, come nel caso nostro, non tanto manchi ogni causa comune, ma l'affezione abbia indole speciale, faccia quasi eccezione dai soliti processi, e troppo chiaro sia il suo nesso o legame coll'inquinamento pregresso.

Forse mi si potrebbe chiedere perchè l'aorta e non altra parte sia rimasta colpita. E qui credo non si possa rispondere se non solo perchè dovea essere quello *il luogo di minore resistenza*, che è quanto dire che non ne sappiamo affatto; ed in vero, quando agisce una causa reumatizzante in genere sul corpo umano, ad esempio, perchè viene una bronchite talora e non un catarro intestinale e non una pleurite? E altre volte una pneumonite e non una bronchite, e non un reumatismo, così detto, muscolare? Anche nella sifilide quando si sviluppa, verbigrazia, una gomma nel fegato, perchè impiantò quella sue radici in quell'organo e non piuttosto nel cervello, in un rene; e quando viene al cuoio cappellato perchè talvolta si sviluppa su un parietale e non sul frontale, e non sull'occipitale, e così via discorrendo? — Tutto questo è per le stesse ignote ragioni per le quali qui nacque aortite piuttosto che altra affezione in organo diverso.

Non numerandae sed perpendendae observationes disse già una gloria d'Italia nostra, il *Morgagni*, e così dunque dietro tutto l'esposto parmi potere giustamente concludere, sebbene il caso sia uno, ma e per essere sì chiaro ed esplicito, e perchè convalidato da giuste osservazioni, credo, e da altri sussidi, parmi, dico, potere giustamente conchiudere che la *sifilide costituzionale*, quale malattia generale *può dar luogo negli organi almeno a due specie di alterazione di nutrizione*, agire cioè in due modi, quasi specificamente, imprimendo all'alterazione una forma e impronta speciale, dando luogo alla formazione di neoprodotti, di *sifilomi* ed agendo come principio e irritante e alterante la crasi del sangue; e in tal caso produce disturbi di nutrizione, che non han si può dir nulla di speciale e sono come venissero da altre cause in genere irritanti o discrasiche ingenerati; e queste poi sono *infiammazioni comuni* e *degenerazione* specialmente *amiloide*. Che fra le parti ed organi che colpisce vi è il *sistema vascolare arterioso* e come nelle arterie piccole è causa di degenerazione, così detta amiloide, è, nelle più grandi, fonte di degenerazione adiposa: di siffatta specie tengo per fermo debba essere stato il caso descritto.

E pervenuto a questo punto il mio dire si debbe rivolgere di bel nuovo a voi, umanissimi Signori, per significarvi la gratitudine dell'animo mio; gratitudine che vi debbo per avermi degnato di venire a leggere innanzi a voi e per avermi, non foss' altro, ascoltato con sì paziente attenzione. Può essere che nell'esposizione de'fatti non m'abbiate trovato al tutto accurato; fors' anco nel portarne giudizio il parer vostro non è stato consenziente al mio; ciò nonostante voi m'avete bene testimoniato col vostro aspetto di lodare ed apprezzare la buona volontà, ed approvare queste poche fatiche di premurosa

applicazione, qualunque sia l'esito ch'esse abbian raggiunto. Io ve ne rendo sincerissime grazie e la ricordanza di questo dì rimarrà perenne nella mia memoria, quale testimonio dell'appoggio che quest' illustre e reputata Società porge al giovane ceto medico, quale incoraggiamento per me a nuovi e migliori e più maturi studi, e quale onoranza che rallegrerà mai sempre i giorni della mia carriera.

NOTIZIE EDITE

Fisiologia

Sulla Clicogenia animale, nuove ricerche fatte nel laboratorio fisiologico di Firenze, dal Prof. M. Schiff.

Si ammette generalmente che il fegato dell'animale sano contenga e produca dello zucchero durante la vita. — Bernard, che crede aver scoperto questo fatto, uccide un animale, pel taglio del midollo allungato, prende un pezzo del fegato, che finalmente diviso riscalda con una certa quantità di acqua. Il liquido decantato o filtrato contiene una certa quantità di zucchero. Questo sperimento riesce in tutti gli animali vertebrati, all'eccezione delle rane ibernanti, nelle quali come abbiamo trovato già da lungo tempo, lo zucchero si forma soltanto qualche ora dopo la morte. Possiamo aggiungere che le larve dei batraciani si sono mostrate in questo riguardo anche in estate intieramente analoghe agli animali adulti nell' ibernazione.

Le nostre osservazioni sui batraciani ci hanno già servito a rifiutare le ipotesi create da Bernard sulla grande utilità dello zucchero formato nel fegato per l'economia animale. Abbiamo già provato lungo tempo fa, che l'assenza dello zucchero non diminuisce il calore animale e non impedisce la formazione delle cellule elementari dei tessuti; formazione, per la quale, secondo Bernard, la presenza dello zucchero sarebbe indispensabile.

Dopo la scoperta del fatto dal quale Bernard aveva conchiuso la presenza dello zucchero nel fegato, egli trovò che la formazione di questa sostanza non cessa colla vita dell'animale, perchè se si lava un fegato finchè lo zuc-

chero sia interamente scomparso, e se poi si abbandona questo fegato a sè stesso, si trova nuovamente formato dello zucchero dopo 24 ore. In una serie di sperimenti, fatti nel laboratorio di Berna, è stato provato che per osservare la neoformazione dello zucchero dopo la morte, non sia una condizione indispensabile l'allontanare, come fa Bernard, lo zucchero già formato. In una serie di animali fu determinato poco tempo dopo la morte la quantità relativa dello zucchero in un pezzo del fegato; dopo 2 o 3 ore fu preso un altro pezzo del medesimo fegato, e si contava un aumento della quantità di zucchero; qualche tempo dopo si mostrava un nuovo aumento, finchè la quantità dello zucchero fosse giunta dopo un tempo variabile ad un *massimo*. Questo massimo non si mantenne per lungo tempo, perchè più tardi si trovava di nuovo una diminuzione.

Delle ranocchie in ibernazione che immediatamente dopo la morte non avevano zucchero, mostravano:

a) 48 ore dopo la morte, zucchero. . . . . 6,25 %
b) 24 ore dopo la morte e dopo la digestione con saliva . 5,30 %
c) Nelle medesime condizioni. . . . . 6,10 %
d) » » . . . . . 5,50 %
e) 24 ore dopo la morte di una ranocchia alla quale qualche giorno prima era stata distrutta la parte inferiore del midollo spinale . . . . . 6,83 %
f) Nelle medesime condizioni . . . . . 7,41 %

Delle ranocchie in autunno, che poco tempo dopo la morte avevano già dello zucchero nel fegato, davano:

a) nella prima ora dopo la morte . . . . . 1,80 %
7 ore dopo la morte . . . . . 2,55 %
22 » » . . . . . 2,92 %
b) 18 » » . . . . . 2,20 %
26 » » . . . . . 3,00 %
c) 1 » » . . . . . 1,54 %
22 » » . . . . . 7,43 %

Delle ricerche analoghe furono fatte in mammiferi:

a) *Scoiattolo* in una temperatura ambiente di 11 a 13°.
36 ore dopo la morte . . . . . 2,25 %
54 » » . . . . . 3,20 %
61 » » . . . . . 3,34 %
85 » » . . . . . 3,50 %
53 » » (e 17 ore trattato con saliva) . 4,22 %
102 » » . . . . . 3,78 %

126 » » . . . . . 1,84 %
150 » » . . . . . 0,45 %

b) *Coniglio.*

1. ora dopo la morte . . . . . 1,10 %
14 » » . . . . . 1,02 %
20 » » (nella stufa a 36°) . . . . . 1,35 %

c) *Coniglio.*

1. ora dopo la morte . . . . . 1,12 %
19 » » . . . . . 2,37 %

d) *Coniglio.*

1. ora dopo la morte . . . . . 2,58 %
24 » » (con saliva) . . . . . 3,09 %

e) *Coniglio.*

1. ora dopo la morte . . . . . 1,46 %
18 » » . . . . . 1,88 %
49 » » . . . . . 1,96 %
64 » » . . . . . 2,36 %
72 » » . . . . . 2,17 %
88 » » . . . . . 1,75 %
96 » » . . . . . 1,24 %
112 » » . . . . . 1,05 %
136 » » 0

f) *Sorcio* (mus musculus).

Parecchi esemplari mostravano nella 1. ora dopo la morte da 2,30 a 3,56 %; il mattino quello che fu trovato nei medesimi individui fino a 40 ore dopo la morte era di 5,12 a 5,18.

g) *Topo* (mus rattus). Nella prima ora 2 %, massimo fino a 44 ore 3,62 a 3,83.

h) *Piccione.* Nella prima ora quasi 1 a 2 %; 3 ore dopo 4,36; 20 ore dopo, con saliva, 5,48.

La formazione di zucchero dopo la morte fu attribuita da Bernard alla trasformazione di una sostanza albuminoide, per l'azione delle cellule epatiche; ma delle ricerche fatte nel laboratorio di Berna avevano provato, che nel fegato sano, alla formazione dello zucchero precede l'esistenza di una sostanza analoga all'*inulina*, cioè una specie di amido che non prende un colore *bleu*, ma *bruno* pel contatto coll'iodio, e che si discioglie nell'acqua calda, senza dare una salda come l'amido. La trasformazione di questa inulina epatica sarebbe, secondo queste ricerche, dovuta alla presenza di un fermento che si trova nel sangue degli animali, all'eccezione delle rane

ibernanti. Indipendentemente da queste ricerche lo stesso Bernard ha trovato nel fegato una materia, alla quale dava il nome di glicogeno, e la quale secondo lui è una specie di amido animale, che precede la formazione dello zucchero. Anche egli ammette che la trasformazione di quest'amido in zucchero si faccia per un fermento, che egli cerca non nel sangue, ma nel fegato stesso. Lo zucchero formato nel fegato, è, secondo Bernard, versato nelle vene epatiche e nella vena cava per essere bruciato nei pulmoni, e soltanto quando la formazione dello zucchero sia eccessivo, una parte ne passa nella circolazione generale, per essere eliminata coll'orina. Un eccesso della formazione dello zucchero costituisce, secondo Bernard, lo stato diabetico.

Letmann ha confermato in cavalli immediatamente dopo la morte, che il sangue che entra nel fegato non contiene zucchero, e che quello delle vene epatiche ne contiene una grande quantità. Egli ha dunque aggiunto alle prove date da Bernard per la presenza di zucchero nel fegato, un'altra per la quale egli conchiude: che lo zucchero non sia soltanto accumulato nel fegato, ma che sia veramente formato in quest'organo. Anche questi fatti sono stati generalmente confermati, e la dottrina di Bernard era per qualche tempo generalmente ammessa.

Ma pochi anni fa Pavy di Londra pubblicava delle ricerche, secondo le quali lo zucchero trovato da Bernard non sarebbe che il risultato o di una alterazione cadaverica, o di una alterazione patologica. Secondo lui, il fegato produce durante la vita l'inulina epatica, la quale però non si trasforma mai in zucchero, se non è perturbato lo stato normale, nel quale la forza nervosa impedirebbe continuamente l'azione del fermento contenuto nel sangue sull'inulina epatica. Egli pretende che il tempo adoperato da Bernard per fare dopo la morte l'ebulizione del fegato, sia bastante perchè l'inulina possa trasformarsi in zucchero, e che per sorprendere il fegato nello stato vivente si debba incominciare lo sperimento colla distruzione del fermento, che altrimenti diviene attivo nel momento della morte. Nell'animale ucciso per una ferita del midollo allungato, egli prende un piccolo pezzo del fegato, che mette subito in contatto o coll'acqua bollente, o con un miscuglio refrigerante, e fatto poi un estratto di questo pezzo, egli lo trova o senza zucchero o con una piccolissima traccia di zucchero. Delle iniezioni di potassa o di acidi fatte per la vena porta nella sostanza del fegato, iniezioni che secondo lui distruggono il fermento, gli hanno pure fornito un fegato o intieramente privo di zucchero, o solamente con una piccola traccia. Egli pretende che il medesimo fegato, di cui un pezzo trattato col suo metodo non gli dava dello zucchero, o soltanto una traccia, gliene mostrava una grande quantità se poi era trattato secondo il metodo di Bernard.

Il fermento, secondo Pavy, esiste sempre nel sangue, e la sua ipotesi che il sistema nervoso nello stato normale abbia la forza di impedirne l'azione è tanto contraria all'indirizzo moderno della fisiologia, che non ci deve sorprendere se la teoria di Pavy non sia stata fin'ora l'oggetto di un serio esame dalla parte dei fisiologi e dei chimici. I risultati da lui annunziati non erano espressi in un modo assoluto, perchè se egli nelle sue conclusioni negava assolutamente la presenza dello zucchero nel fegato vivo, nel rapporto degli sperimenti lasciava sempre travedere che tutti i metodi da lui adoperati non potevano impedire con sicurezza l'apparizione almeno di una traccia di zucchero. Si aggiunga che il breve tempo trascorso negli sperimenti di Bernard tra la morte dell'animale e l'esame del decotto rende poco probabile l'ammettere l'esistenza di una alterazione cadaverica, ed è poco probabile che in tutti i casi in cui l'esame del sangue delle vene epatiche nell'animale vivente aveva mostrato dello zucchero, questa sostanza fosse stata prodotta, come Pavy l'ammette, da una alterazione patologica; e da tutto ciò si capisce perchè il lavoro di Pavy restava finora quasi senza effetto nella scienza.

Negli ultimi tempi Meissner e Jäger hanno però confermato l'opinione di Pavy in alcuni sperimenti nei quali, prima di uccidere l'animale, hanno portato un piccolo pezzo del fegato immediatamente nell'acqua bollente, nella quale non si trovava zucchero, mentre un decotto del medesimo fegato fatto subito dopo la morte mostrava già delle tracce di questa sostanza. Questi autori insistono sopra molte cautele, senza le quali non riescé lo sperimento. Se, per esempio, i pezzi del fegato vivo erano troppo grandi, in modo che il calore dell'acqua bollente non poteva subito coagularli in tutto il loro spessore, il piccolo tempo necessario per la propagazione del calore fin nel centro dei pezzi bastava già per produrre dello zucchero. Non potevano fare degli sperimenti che in animali piccoli, perchè nei grandi animali, come nei cani, il tempo necessario per penetrare fin' al fegato produceva secondo loro già una eccitazione dell'animale, che poteva alterare il risultato della ricerca. Eglino credono che non sia possibile trovare lo stato assolutamente normale del fegato in animali legati o eterizzati prima dell'apertura dell'addome, e che in questi casi l'alterazione della circolazione possa bastare a produrre dello zucchero, il quale mancava sempre se erano osservate scrupolosamente tutte le cautele da loro indicate. Questi autori non vogliono pronunziarsi sull'esistenza o no del fermento nel sangue o nel fegato, perchè confessano non capire il come, coll'esistenza di un tal fermento, sia compatibile la non trasformazione dell'inulina epatica.

Nel corso di quest'anno abbiamo fatto, coll'aiuto del dott. A. Herzen,

una nuova serie di sperimenti per determinare le condizioni della produzione dello zucchero nel fegato vivente, e per decidere la quistione se la trasformazione dell'inulina in zucchero sia l'effetto di un fermento, e se questo fermento sia sempre esistente nel sangue vivente, o se si produca soltanto dopo la morte, o in certe condizioni patologiche.

I risultati principali da noi ottenuti sono i seguenti:

I.

Il fegato normale non contiene dello zucchero.

Gli sperimenti sono fatti in ranocchie, cani, gatti, porcellini d'India, e in molti conigli. Non abbiamo preso il fegato dell'animale vivo, ma abbiamo estratto un pezzo del fegato nel momento stesso della morte; dell'acqua bollente, già prima preparata con una piccola quantità di solfato di soda, riceveva questo pezzo rapidamente tagliato in piccoli frammenti. In un altro vaso di acqua bollente fu fatto un decotto del sangue epatico, o del sangue della vena cava, e nè l'uno nè l'altro di questi decotti contenne una traccia di zucchero. Per assicurarci della sua assenza, non ci siamo contentati dell'assenza di un precipitato di protossido di rame, ma abbiamo pure cercato con tutti i mezzi che ci offre la chimica, se non ne sia forse impedita la precipitazione per la presenza di una sostanza organica; non abbiamo riguardati come concludenti che quelli sperimenti in cui poco tempo dopo la morte il fegato trattato assolutamente nel medesimo modo ci dava una reazione di zucchero evidente.

Per continuare queste ricerche abbiamo dovuto esaminare se un animale avvelenato col curaro, in cui però si faccia regolarmente la circolazione per l'applicazione dell'insufflazione pulmonare, abbia, nel periodo della paralisi completa dei movimenti e della sensazione, necessariamente prodotto dello zucchero nel fegato. Bernard pretende che l'avvelenamento col curaro e la respirazione artificiale siano due influenze sotto le quali la glicogenia epatica si aumenti fin'al grado di diabete. È probabile che in questi casi la respirazione artificiale sia stata fatta in un modo insufficiente. Nei conigli, porcellini d'India e gatti, nei quali abbiamo mantenuto una insufflazione regolare di quasi 60 volte per minuto primo, e nei quali la circolazione ed il numero delle pulsazioni cardiache si mantenne quasi allo stato normale — noi abbiamo potuto mantenere il fegato nello stato sano, cioè senza zucchero fin'ad un'ora e mezzo dopo il principio della paralisi generale, ma

quasi immediatamente dopo una interruzione od una irregolarità della respirazione, apparve lo zucchero nel fegato.

Ci siamo assicurati che in questi sperimenti non si produce dello zucchero se si apre l'addome per esporre il fegato per lungo tempo al contatto dell'aria, o se dopo aver legato un lobo del fegato, se ne taglia un pezzo per esaminarlo durante il corso dello sperimento. Abbiamo potuto successivamente fare 3 o 4 legature e recisioni del fegato, senza produrre dello zucchero. S'intende che la legatura e la recisione devono esser fatte nel medesimo momento, se vogliamo esaminare inalterato il pezzo da recidersi.

II.

Effetti di iniezione di amido nel sangue.

Per esaminare se nel sangue circolante si trovi un fermento atto a trasformare il glicogeno in zucchero, ma di cui l'azione sia impedita durante la vita, abbiamo fatto delle iniezioni di amido nella vena iugulare di conigli sani. Un tal fermento, se anche l'organizzazione del fegato vivente potesse impedire la sua trasmissione fin nel centro delle cellule epatiche, dovrebbe in ogni caso trasformare dell'amido, che vien messo in contatto immediato col sangue. È vero che esistono già nella scienza esperienze, nelle quali dell'amido iniettato nel sangue è stato trovato trasformato in zucchero, e noi stessi ne abbiamo fatte altra volta, — ma abbiamo voluto ripetere questi sperimenti con tutte le cautele minuziose, che ci sono raccomandate dallo stato attuale della scienza. Abbiamo cercato ad evitare ogni movimento ed ogni eccitazione dell'animale, perchè gli autori pretendono che l'eccitazione possa creare il fermento, che non esisteva nel sangue prima dell'eccitazione. Non abbiamo dunque legato gli animali, non gli abbiamo fortemente tenuti: non abbiamo preso degli animali, che dovevano essere molto cacciati prima dello sperimento. Ad alcuni di questi animali abbiamo fatto una iniezione di acqua nella vena, e ci siamo assicurati in questo modo, negli animali uccisi una mezz'ora dopo, che l'atto dell'iniezione non produce per sè un fermento atto a trasformare il glicogeno del fegato. — Dopo l'iniezione di amido cotto si trovava sempre dello zucchero nell'urina e nel sangue, se ne trovava pure nel fegato. Avremmo potuto concludere da questi sperimenti che esiste realmente un fermento diastatico nel sangue circolante. Ma abbiamo trovato pure nel confronto della quantità di zucchero contenuta nel sangue e nel fegato, che il fegato sempre contenne molto più di zucchero che corrispondeva alla piccola quantità di sangue con-

tenuta nel pezzo di fegato. Ad onta di tutte le cautele adoperate, ci siamo convinti che dopo l'iniezione di amido, il fegato vivo contiene dello zucchero non soltanto perchè il sangue ne contiene, ma perchè il fegato stesso ne produce. Quindi abbiamo dovuto conchiudere, che la trasformazione dell'amido nel sangue non possa essere soltanto l'effetto di un fermento già prima esistente (perchè un tal fermento ipotetico non produce come già sappiamo la glicogenia epatica), ma che abbiamo coll'amido stesso introdotto pure un fermento che lo trasforma, e che non limita la sua azione all'amido nel sangue, ma la estende pure sopra l'amido epatico. Questi sperimenti non potevano provare altro che: se esiste realmente un fermento nel sangue, questo produce anche durante la vita la glicogenia epatica.

Abbiamo cercato quale sia il fermento introdotto nel sangue coll'amido, e, appoggiandoci sopra le ricerchè di Noegeli, secondo le quali l'amido contiene due sostanze, di cui una soltanto, la *granulosa*, può trasformarsi in zucchero pel fermento diastatico, mentre l'altra la *cellulosa* è insolubile nella saliva e si disciogiie soltanto nell'acqua bollente, — abbiamo trovato che il fermento si introduce colla cellulosa e non colla granulosa.

Ci abbiamo procurato una soluzione di granulosa per esaminare, se introducendo nel sangue una sostanza che si trasforma facilmente in zucchero, si possa scoprire l'esistenza di un fermento preesistente nell'organismo stesso.

III.

L'iniezione di granulosa o di glicogeno non produce dello zucchero.

Ci siamo serviti in questi sperimenti della granulosa di amido o di una soluzione frescamente preparata di glicogeno ottenuto dal fegato di ranocchia. Queste due sostanze davano risultati identici. Abbiamo fatte le iniezioni con tutte le cautele necessarie e pure con molte cautele inutili, perchè abbiamo veduto in tutti gli animali sani dopo l'iniezione di queste sostanze:

1. Che l'orina nelle prime ore dopo l'operazione non contenne dello zucchero, se non era esposto il liquido per qualche tempo al contatto dell'aria, o ritenuto per lungo tempo nella vescica. Nei conigli abbiamo espressa l'orina, ogni volta che la palpazione dell'addome ne indicava la presenza di una piccola quantità. Nei porcellini d'India bastava l'esame dell'orina immediatamente dopo l'emissione. Il liquido non fu riscaldato lentamente, ma versato subito nell'acqua bollente, che era sempre tenuta pronta.

2. Che il sangue nel momento della morte non contenne dello zucchero,

nè il sangue della circolazione generale, nè quello del cuore destro o dei vasi epatici.

3. Che il fegato era senza zucchero nel momento della morte.

4. Che se nel momento della morte furono legati i vasi del fegato, per togliere ogni comunicazione fra il sangue periferico e lo zucchero che si formava dopo nel fegato, — il sangue nei vasi periferici contenne dello zucchero poco tempo dopo la morte.

5. Che se nel momento della morte e dopo l'isolamento del fegato, fu fatto un copioso salasso e la metà del sangue esaminato subito col solito modo nell'acqua bollente, non mostrava dello zucchero, — l'altra metà abbandonata a sè stessa dopo la coagulazione aveva sempre una quantità notevole di glicosio.

Da tutto questo risulta: che il sangue vivo non contiene un fermento atto a trasformare la sostanza glicogenica, ma che questo fermento si forma nel sangue immediatamente dopo la morte, tanto nel sangue periferico, quanto nel sangue epatico. Sono inutili dunque tutte le ipotesi che cercano a spiegarci perchè il fermento non agisca durante la vita. Vedremo più tardi che l'iniezione di glicogeno potrà dar luogo alla formazione di zucchero se la soluzione non è bene filtrata o decantata, e questo ci spiega probabilmente perchè Pavy in alcune esperienze ha veduto della glicosuria dopo l'iniezione di glicogeno.

IV.

Il sangue dopo la morte contiene un fermento diastatico.

Magendie, Hensen e noi stessi abbiamo già fatto esperienze che provano che il contatto del sangue preso da un animale vivo o morto e dell'amido cotto produce dello zucchero, e che il sangue conserva per lungo tempo questa facoltà diastatica. Ma in questi sperimenti non si trattava di spiegare un fenomeno che si mostra con tanta prestezza, quanta ci offre la glicogenia epatica. Abbiamo dunque prolungato il contatto dei liquidi per 2, 3, 6 ore e più, evitando soltanto una putrefazione manifesta o un contatto prolungato per un tempo bastante, perchè un' altra prova dello stesso amido posta nelle medesime circostanze di temperatura e di umidità si fosse trasformata spontaneamente in zucchero. Ora invece era da esaminare se il sangue fresco era immediatamente dopo la sua uscita dal vaso spiegasse già sull' amido o sul glicogeno una forza diastatica tale da poter spiegare i fenomeni qui accennati. Una piccola quantità di sangue, sia arterioso o venoso, mescolata

prima della coagulazione con una soluzione di granulosa o di glicogeno, ci mostrava dello zucchero dopo pochi minuti, nella temperatura ordinaria; l'azione fu accelerata, mantenendo il miscuglio nella temperatura di 36 a 40 gradi. L'azione diastatica del sangue ci parve diminuita dopo la coagulazione. La trasformazione non mancava, se invece di cavare il sangue dal corpo, si iniettava una soluzione di glicogeno immediatamente dopo la morte di un coniglio in un tratto di una vena di quest'animale, legata in due punti. Questa influenza diastatica deve dunque svilupparsi immediatamente dopo la morte, e possiamo aggiungere che non manca intieramente in alcuni altri liquidi animali.

V.

Causa dello sviluppo del fermento.

Se la proprietà diastatica si mostra nel sangue quasi immediatamente dopo la morte, e se non possiamo cercarne la causa nella coagulazione del sangue stesso, perchè esiste ed agisce già energicamente prima della coagulazione, non possiamo neppure trovarne la causa nella mancanza della respirazione del sangue, perchè se fosse l'accumulo dell'acido carbonico, di cui il sangue non è più scaricato dopo la cessazione della circolazione, il fermento dovrebbe spiegare una più grande energia nel sangue venoso che nel sangue arterioso. Però non abbiamo trovato questa differenza, abbiamo al contrario trovato qualche volta, ma non sempre, il sangue arterioso più attivo del venoso. Non ci resta dunque, come espressione generale di questa causa della produzione del fermento, che la cessazione del movimento del sangue.

VI.

Dimostrazione dell'effetto della stagnazione del sangue.

Se la cessazione del movimento del sangue sviluppa il fermento, e se questa è la causa dell'apparizione dello zucchero immediatamente dopo la morte, deve essere possibile di produrre il medesimo fermento e quindi lo zucchero epatico, fermando durante la vita la circolazione sanguigna in una parte del corpo, finchè il sangue abbia potuto caricarsi di fermento, e rilasciando poi il circolo, per lasciar diffondere questo fermento nel corpo e nel fegato. Molti sperimenti, spesso ripetuti e fatti in vario modo, ci hanno provata la verità di questa supposizione.

Tutti questi sperimenti furono eseguiti con due modificazioni: o si esaminava soltanto il fegato, dopo che il supposto fermento avesse avuto il tempo di produrre dello zucchero, — e ne abbiamo sempre trovato una quantità notevole nel fegato vivo; o per adoperare un reagente ancora più sensibile per la presenza del fermento abbiamo iniettato nel sangue una soluzione di granulosa o di glicogeno, e dopo l'attività presuntiva del fermento abbiamo esaminato contemporaneamente il sangue ed il fegato. Nel primo doveva trovarsi dello zucchero, nel secondo se ne doveva trovare tanto più quanto era necessario per provare una glicogenia epatica indipendente dalla quantità di zucchero introdotto nel fegato per i vasi sanguigni. Tutto questo riuscì, e riuscì senza eccezione.

Così per esempio abbiamo avvelenato un coniglio col curaro, mantenendo la vita con l'insufflazione regolare; abbiamo poi aperto l'addome, e legata l'aorta e la vena cava, al disotto dei vasi renali, legando o rompendo anche i vasi che potevano mantenere una circolazione collaterale nella parte posteriore dell'animale 10 minuti dopo la legatura, o più lungo tempo dopo, fu esaminato un pezzo legato del fegato e non conteneva zucchero. Il fermento ipotetico era ancora incarcerato al disotto della legatura. Generalmente dopo il primo esame del fegato furono riaperte l'aorta e la vena cava; la circolazione divenne libera e dopo altri 10 o 15 minuti il fegato aveva dello zucchero, e se si manteneva ancora più lungo tempo la respirazione, si raccoglieva nella vescica dell'orina diabetica, o che almeno dava segni non dubbi della presenza di zucchero. Più volte è stato fatto il confronto tra l'orina raccolta nella vescica prima dell'apertura della legatura e dopo.

Per non introdurre l'azione del curaro, e per fare lo sperimento nell'animale quasi intatto, abbiamo spesso raccolta l'orina di un coniglio o di un porcellino d'India, poi abbiamo fatto colla mano, tra la pelle ed i muscoli e senza ledere l'animale, la compressione dei vasi addominali verso la colonna vertebrale, per 5 o 8 minuti; l'orina raccolta dopo questa compressione per quasi 2 ore e più, conteneva evidentemente molto più di zucchero di quella raccolta al principio dello sperimento.

Abbiamo legato in animali vivi e curarizzati la coscia di un lato, con molta forza, per impedire ogni circolazione: abbiamo lasciata la legatura da 40 minuti fin'a 2 ore, ed abbiamo prodotto una glicosuria abbastanza forte, che durava fino a 12 ore e più.

Uno sperimento analogo in un uomo sano mostrava un aumento di zucchero nell'orina.

In alcuni animali ci siamo assicurati che la legatura della coscia agisce

realmente sul fegato. Uccidendo gli animali 2 o 3 ore dopo lo scioglimento della legatura, abbiamo trovato dello zucchero nel fegato trattato con tutte le cautele necessarie.

La legatura dei vasi principali di una estremità, lasciando una lenta circolazione collaterale per i vasi cutanei, diffondeva il fermento nel corpo e produceva dello zucchero nel fegato vivo.

Lo sviluppo di un fermento diastatico è dunque il primo effetto nel sangue dell'arresto o del forte rallentamento della circolazione.

VII.

Eccezioni.

Non si potrà riguardare come una eccezione di questa regola il caso in cui un animale ammalato non esiste e non si produce il glicogeno. Allora mancherà lo zucchero epatico e la glicosuria dopo la stagnazione del sangue prodotta o per la morte o per un impedimento meccanico. In questo caso non manca necessariamente il fermento prodotto, perchè un cotal sangue sviluppa ancora dello zucchero, se artificialmente viene messo in contatto con una soluzione di granulosa o di glicogeno o col decotto del fegato vivo di un altro animale.

Ma ci sono delle vere eccezioni, in cui il sangue, per una alterazione che non possiamo ancora bene definire, ma la quale ci viene evidente per le condizioni fisiologiche dell'animale, non sviluppa il fermento immediatamente dopo la cessazione o l'affievolimento della circolazione, ma soltanto lungo tempo dopo. In questi casi però osserviamo che anche la glicogenia epatica non si mostra subito dopo la morte, ma lo zucchero del fegato dell'animale non apparisce che dopo sette o dieci ore.

Questa eccezione si mostra regolarmente nelle ranocchie nello stato d'ibernazione ed in alcune forme di batraciani, anche dopo l'ibernazione, nella primavera e nel principio dell'estate. Questa modificazione dipende non dalla temperatura esterna, ma dalle condizioni interne in cui si trovano questi animali nel periodo indicato, perchè un aumento della temperatura, anche per lungo tempo continuato, non modifica queste condizioni. È un errore spesso ripetuto, che si possa rendere lo zucchero al fegato delle ranocchie ibernanti, mettendo gli animali per lungo tempo in una temperatura calda. Lo zucchero non appare che qualche ora dopo la morte, perchè il sangue ha bisogno di tanto tempo per produrre il fermento. Ma si potrà provare che manca solo il fermento e che esiste la materia glicogenica. Se mettiamo

il fegato di una ranocchia ibernante immediatamente dopo la morte nel proprio sangue, lo zucchero si svilupperà molto lentamente e soltanto dopo qualche ora; ma se mettiamo un altro pezzo di questo fegato nel sangue libero di zucchero di un rettile non ibernante, questo fegato svilupperà subito dello zucchero.

Delle condizioni analoghe a quelle delle ranocchie ibernanti potrebbero ritrovarsi in alcuni casi speciali negli animali a sangue caldo, ma finora non abbiamo che tre esempi, in cui occasionalmente si è trovata la particolarità che lo zucchero del fegato non si mostrava che 7 a 12 ore dopo la morte. Due di questi casi appartengono a mammiferi, uno ad un uccello. *(Cinclus aquaticus).*

Tutti questi casi, in apparenza eccezionali, appoggiano però la nostra teoria pel fatto che il sangue tarda a divenire un fermento, il fegato tarda a mostrare lo zucchero, e dimostrano così in un altro modo, che la glicogenia epatica dipende da una alterazione che prima deve effettuarsi nel sangue.

VIII.

Una paralisi dei nervi vaso-motori produce del fermento.

I fatti fin'ora sviluppati ci fanno comprendere perchè dopo la morte e perchè in certe condizioni patologiche durante la vita si sviluppi lo zucchero nel fegato, ma non ci danno la ragione del diabete che si sviluppa dopo le lesioni del sistema nervoso, che paralizzano i vasi addominali e con loro i vasi epatici. Si sa che il diabete artificiale è stato per la prima volta prodotto per una ferita del midollo allungato, e si credeva che soltanto un piccolo punto ristretto fosse atto a produrlo. Si cercava il legame fra questo piccolo punto e l'aumento della glicogenia epatica. Si sa che da lungo tempo abbiamo già provato che nel punto indicato si trovano congiunti i nervi vasomotori addominali e molti altri nervi vasomotori del corpo, ed abbiamo spiegato per una lesione dei nervi vasomotori l'effetto glicogenico della puntura del quarto ventricolo. Difatti si trovava che la glicogenia non mancava se la lesione del midollo fosse fatta un poco più basso verso la periferia; ma allora la lesione non doveva più avere la medesima forma, il taglio doveva essere più largo, e non bastava più una semplice puntura, perchè al disotto del quarto ventricolo vanno divaricandosi i fascicoli dei nervi vasomotori del corpo.

In tutti questi sperimenti che abbiamo già descritti in un'altra pubbli-

cazione più dettagliata, abbiamo creduto trovare la paralisi vascolare atta per produrre il diabete nella paralisi dei vasi del fegato stesso. Abbiamo creduto che, essendo il fegato l'organo glicogenico, una iperemia che aumenta la glicogenia e che cogli altri organi addominali abbraccia pure il fegato, sia attiva soltanto per la dilatazione vascolare del fegato stesso.

Nuovi esperimenti fatti nell'ultimo tempo ci mostravano che questa interpretazione era erronea, benchè ci abbiano di nuovo confermato i fatti.

Ai conigli eterizzati abbiamo tagliato il midollo spinale nella parte superiore della regione dorsale; l'animale si è risvegliato con una paralisi vasomotrice di tutte le parti posteriori e della pelle della faccia. Abbiamo conservato l'animale in una temperatura un poco elevata per 2 o 3 ore, o prima che la temperatura dell'animale abbia potuto molto diminuire, il coniglio fu ucciso, e il fegato esaminato nel modo sopra indicato dava una grande quantita di zucchero, il quale dunque si era formato durante la vita. Questo fu confermato per l'esame dell'orina trovata nella vescica, che era propriamente diabetica.

Lo stesso sperimento fatto in animali curarizzati dava il medesimo risultato dopo un'ora.

Variando il modo di sperimentare abbiamo trovato in animaii eterizzati e curarizzati il medesimo risultato dopo un taglio all'altezza della 3., 4. ed anche 5. vertebra dorsale.

In questi sperimenti abbiamo una doppia paralisi prodotta pel taglio: la paralisi del movimento muscolare e la paralisi vasomotrice. L'immobilità muscolare non poteva essere la causa dell'effetto osservato, perchè i muscoli erano pure immobili in animali curarizzati *senza* il taglio, e però questi non mostravano zucchero. Dobbiamo dunque cercare la causa del fenomeno da noi osservato in quella paralisi che il taglio aggiunge all'immobilità già prodotta pel curaro, e questa non è altra che la paralisi vasomotrice, la quale mancava nei nostri animali se il curaro agiva solo.

La paralisi vasomotrice in tutti questi casi mentovati si estende ad una grande parte del corpo, nella quale pure è compreso ii contenuto della cavità addominale. Si domandava dunque se in questi casi fosse attiva la paralisi vasomotrice perchè era molto estesa, o perchè essa comprendeva i vasi del fegato? O con altre parole: l'operazione produceva il diabete perchè paralizzava una grande parte del sistema vascolare, o la paralisi del fegato aveva una influenza specifica?

Abbiamo fatto un taglio trasversale nella parte lombare del midollo spinale, e dopo questo sperimento fatto coll'eterizzazione abbiamo potuto conservare più lungo tempo, per alcuni giorni, gli animali (gatti) che mangia-

vano con buon appetito e si muovevano con energia colle estremità anteriori. La paralisi in questi casi era *molto* più ristretta che nelle esperienze anteriori: si limitava alla più grande parte delle estremità posteriori senza comprendere i vasi degli organi della digestione. Non era dunque da aspettare che un effetto molto minore del precedente, anche se la paralisi del fegato non avesse avuto alcuna influenza specifica. Ma nel caso che fosse stata specifica questa influenza, doveva in quest' ultimo sperimento mancare la glicoruria ed ogni traccia di zucchero nel fegato vivo.

Gli animali durante tutto il tempo dell' osservazione non mostravano un vero diabete nel senso clinico, però era visibile un aumento abbastanza considerevole dello zucchero nell' orina: col reattivo cuprotartarico non si formava nell' urina un vero precipitato di protossido di rame, ma la riduzione e suo colore caratteristico non mancavano. Gli animali uccisi avevano nel fegato, trattato nel modo sopra indicato, una grande quantità di zucchero, però era minore la proporzione di quella osservata dopo il taglio del midollo dorsale. L'addome di questi animali essendo insensibile, abbiamo potuto in 9 casi aprirlo prima di uccidere l'animale, ed esaminare così un pezzo di fegato veramente vivo, senza che gli animali fossero in alcun modo eccitati per l' esame.

Si fece poi il taglio del midollo ancora più indietro, verso la coda equina, e si confermava che ancora un taglio all' indietro delle radici del nervo crurale, e al disopra di quelle dello sciatico, produce dello zucchero nel fegato. Ed anche in questo caso l'animale fu esaminato parecchi giorni dopo l'operazione, e dopo che dal giorno dell' operazione stessa, l'orina che fu raccolta con cura, ci aveva già indicato la presenza di zucchero nel circolo.

Il taglio dei due nervi sciatici, che paralizza i nervi vasomotori di una parte relativamente ristretta del corpo, aumenta ancora in un modo visibile lo zucchero dell' orina e produce dello zucchero nel fegato. Questo vale almeno per le prime ore dopo l'operazione, più tardi non abbiamo esaminato gli animali.

Abbiamo ancora fatti altri sperimenti per i quali possiamo appoggiare la conclusione, che ogni paralisi vasomotrice produce una certa quantità di fermento diastatico, il quale si diffonde nella circolazione generale, ed agisce sul fegato vivo nel medesimo modo come un fermento artificialmente introdotto o prodotto dopo la morte.

Esamineremo in un' altra memoria quali siano le condizioni meccaniche per le quali agisce la paralisi vasomotrice. Si vede che tutto ciò che precede deve modificare essenzialmente le teorie fisiologiche sulla produzione del diabete: non è più permesso cercare la causa di questa malattia esclusiva-

mente nel fegato, o nei suoi nervi. L'elemento patogenico non è un'alterazione della funzione del fegato, ma la presenza di una quantità più o meno grande di un fermento che manca nel corpo sano. È vero che questo fermento diviene attivo nel fegato, ma esso potrà esser prodotto per certe alterazioni della circolazione in tutti gli organi del corpo. Il diabete non è dunque più una malattia *sui generis*, ma un sintoma che deve accompagnare molte alterazioni in diversi organi della macchina. Molti fenomeni che fin'ora sono stati riguardati come fenomeni accidentali che possono complicare ad accompagnare il diabete, saranno probabilmente riconosciuti come appartenenti alle sue cause diverse.

(Il Morgagni. Anno VIII. Dispensa IV. Napoli 1866*).*

PATOLOGIA E TERAPEUTICA MEDICA

Gomme sifilitiche delle ossa e dei polmoni in un neonato.

La madre non era affetta da sifilide durante la gestazione, ben lo era stato il padre qualche anno prima. Il neonato moriva dopo 22 giorni di vita. All'autossia si trovò fra la dura madre e l'osso frontale, a destra, una raccolta di materia giallastra grumosa, quale si riscontra nelle gomme sifilitiche rammollite. Era composta di globuli pioidi, di granulazioni adipose e di globuli di tessuto connettivo, i quali si trovavano verso la dura madre. In ambedue i polmoni si notarono degli indurimenti del parenchima polmonale fatti di piccoli depositi di materia giallo-grigiastra, costituita di cellule fibroplastiche, di nuclei e di granulazioni adipose. Alcune di queste masse erano rammollite e constavano di cellule di pus. Sulla maggior parte delle ossa lunghe vicino alle epifisi si osservò della materia grumosa, gialliccia, penetrante nella sostanza ossea, mista con piccoli frammenti di osso necrosato, e costituita come la materia dei polmoni. In alcuni punti si scorgevano delle cellule fusate in mezzo a granulazioni.

Un altro caso molto analogo a questo è il seguente, che togliamo dalla *Gazette médicale de Lyon*, 16 aprile, e che fu comunicato alla Società delle Scienze mediche di Lione, nella seduta di febbraio anno corrente, dal dottor Fontan, interno degli Ospitali.

Eccolo: La madre, che dice di essere stata infettata dal suo amante, è una giovane di 22 anni, attualmente nella sala del dottor Bonnaric, all'*Antiquaille*. Essa fa rimontare l'apparizione dell'ulcero iniziale ad un mese circa prima della fine di giugno 1865, epoca presunta della gravidanza. Que-

sta malata non fece alcuna cura, ed ebbe per due volte delle placche mucose alla vulva ed all'ano; la prima, due mesi circa dopo la comparsa dell'accidente primitivo, e la seconda, sui primi giorni di dicembre 1865. Uno spazio di tempo di sei a sette settimane separò la due eruzioni.

Fu l'11 gennaio 1866 quand' essa entrò l'*Antiqualle,* nel settimo mese di gravidanza. Presentava allora sulle grandi e piccole labbra e sul margine dell'ano delle placche mucose confluentissime, alcune delle quali trovavansi ulcerate. L'adenite poliganglionare e bilaterale persisteva tuttavia.

Venne sottoposta alla cura specifica d'uso, cioè tisana depurativa, 10 gram. di liquore di Van-Swieten, cerotto con calomelano, bagni di sublimato.

Lo stato locale erasi non poco migliorato, quando la sera del 15 febbraio (24 giorni dopo la sua entrata nell'infermeria) cominciarono i dolori del parto, che si effettuò il sabbato mattina.

Debbo dire che durante il travaglio i suoni del cuore fetale, prima percettibilissimi e regolari, andarono diminuendo e non erano più apprezzabili nelle ultime ore del parto.

Il neonato, meschino e sofferente, presentava, oltre ad un ascite, un edema ai membri inferiori ed alle pareti addominali. La respirazione si effettuava difficilmente, senza che avesse cianosi pronunciata; si lasciò colare un po' di sangue dal cordone ombellicale, indi si praticò la respirazione artificiale, e delle frizioni eccitanti. Sotto tali influenze, la respirazione si ristabilì momentaneamente, per rallentarsi di nuovo: il bimbo non ebbe più che due o tre inspirazioni per minuto, e morì dopo circa un quarto d'ora.

Autopsia, 24 ore dopo la morte.

L'esame il più attento non rilevò alcuna lesione nè nella placenta, nè ai visceri, ad eccezione dei due polmoni.

Si constatò la presenza di quattro tumori a destra, e di cinque a sinistra.

Questi tumori d'un volume variabile, dalla grossezza di un pisello a quella di una piccola noce, occupavano i diversi lobi del polmone.

I due più considerevoli si riscontrarono, uno nel lobo medio a destra, l'altro nel lobo inferiore a sinistra. Questi nove tumori occupavano circa i quattro quinti della massa totale dei polmoni, che posti nell'acqna non galleggiavano, malgrado qualche parte ancora riempiuta d'aria.

Tali tumori avevano un aspetto diverso, secondo che erano esaminati alla parte esterna od all'interna.

Esteriormente essi apparivano sotto la forma di nocciuoli giallastri, non bernoccoluti, più o meno voluminosi e resistenti, senza però presentare la durezza di alcuni tumori fibrosi o cancerosi al loro periodo di crudità.

Questi nocciuoli, isolati e che non isfuggivano al tatto, si vedevano ezian-

dio per trasparenza a traverso la pleura viscerale ed il poco parenchima polmonare che li ricopriva.

Impertanto, vibrando dei colpi sovra ciascuno di essi, si constava che trattavasi evidentemante di gomme in via di regresso grassoso.

Le meno voluminose, benchè rammollite, si presentavano sotto forma di piccole masse rotonde, d'un giallo sporco, più dure alla periferia che al centro, ed offrenti nel loro interno alcuni tratti fibrosi, dei piccoli vasi e delle granulazioni giallo chiare.

La superficie della sezione pei due tumori più grossi offriva l'aspetto seguente: Una parte periferica, gialla, resistente e contenente sopratutto degli elementi fibro-plastici; l'altra centrale, escavata, d'un colore più scuro, e ripiena di un liquido sanioso (putrilagineuse).

La parte periferica, vera corteccia, offriva allo sguardo una disposizione particolare: era formata di due o tre strati concentrici, separati gli uni dagli altri da un cordoncino rosso, e formanti una linea di demarcazione marcatissima fra la periferia semplicemente infiltrata di alcune granulazioni grassose e la parte centrale, completamente degenerata e rammollita.

Ecco i risultati dell'esame microscopico, ch'io debbo alla gentilezza del dottor Perroud.

Questi tumori presentano un gran numero d'elementi congiuntivi nucleari, la maggior parte rotondi, alcuni allungati, ed un numero grandissimo di granulazioni grassose, e molti corpuscoli fusiformi.

Si constata nel mezzo di questi elementi alcune cellule epiteliali tutte granulo-grassose.

Riassumendo, tumori di natura congiuntiva giunti ad un grado avanzatissimo di degenerazione grassosa.

(Giornale Italiano delle malattie veneree ecc.)

Guarigioni di tetano traumatico con alte dosi di chinina e oppio, del dott. Angelo Poma.

Osservazione Prima. — Si tratta d'una donna operata di scirro alla mammella, che nei primi 6 giorni dopo l'operazione si mantenne in lodevoli condizioni. In seguito la piaga assunse cattivo aspetto e sopravenne febbre con brividi da far supporre che si trattasse di infezione purulenta. L'uso esterno del solfito di soda fece riprendere alla piaga il regolare aspetto primiero; però la febbre si riaccendeva regolarmente ogni se-

ra, e la cute della malata si cuoprì di una eruzione a grosse papule miliariformi. In seguito all' uso di un grammo di chinino ripetuto per due giorni, la febbre cessò e l' eruzione si essiccò. Però la piaga non tendeva alla cicatrizzazione, e l' ammalata accusava una molesta doglia, che dalla parte operata si estendeva alla spalla e al braccio. Dopo due giorni ricomparve la febbre e con essa un lieve dolore alla mascella inferiore, che era altresì impedita nei suoi movimenti, e ben presto si dichiarò un vero trisma. Il dott. Poma volle tentare le alte dosi di oppio associato al chinino, da cui aveva ottenuto già buoni effetti per combattere le prime febbri, che avevano assalito l' operata. Amministrò 20 grani di chinina e 6 grani di oppio in 24 ore sotto forma liquida, approfittando della mancanza in alcuni denti incisivi. Ma nei primi quattro giorni di questa cura non si ebbe alcun risultato, chè anzi il tetano progredì e si ebbe il pleurostotono e in seguito l' opistotono. Continuò la stessa cura, al sesto giorno cessazione di febbre. Sospeso il chinino, fu continuato l' oppio a dosi crescenti sino ad arrivare a 20 grani, che fu ripetuto per venti e più giorni, e solo 46. giornata della subìta operazione il tetano fu vinto interamente, e la donna si rimise completamente.

Il dott. Poma osserva come forse molti rimedi falliscono nella nevrosi, perchè il medico tratta questa forma di morbi con moderate dosi di farmaco quali potrebbero convenire nelle più comuni malattie, mentre si potrebbero avere migliori risultati se, esplorata la tolleranza dell' individuo, si ascendesse a dosi più elevate, come fu praticato in questo caso.

(*Gazzetta Medica di Torino.* 24 *Settembre* 1866).

Osservazione Seconda. — Bia Catterina di Ronca de' Golferami, donna sui quarantacinque anni, maritata, madre di due figli tuttora viventi, ebbe, dietro gravidanze normali, regolari pauperi. Tuttora mestruata, sana, ma di temperamento nervoso mobilissimo, e disturbata da frequenti palpitazioni di cuore, con oppressione al respiro; nella notte del 25 p.^{o} p.^{o} aprile venne côlta da improvvisi insulti nervosi, con minaccia di soffocazione, per stringimento alle fauci, che misero, ben a ragione, in allarme il marito, il quale mandò per medico aiuto. — Dista quel villaggio dal luogo di mia dimora ben otto chilometri, per cui, anche di fretta chiamato, non potei essere al suo letto che quattro buone ore dopo che l' accesso nervoso l' aveva assalita. Non è a stupirsi quindi che tutto quel minaccioso apparato di sintomi si fosse in quel frattempo calmato, ed io trovassi l' ammalata abbastanza tranquilla, non tanto però che non abbisognasse, chiedendolo ella stessa, di qualche calmante. Le prescrissi una mistura con laudano; riserbandomi di vederla di nuovo la mattina seguente. La rividi, in fatto, il dì dopo di buon

mattino, e la trovai realmente, come all'atto della prima visita, calma e tranquilla. Respiro normale, polso a settantacinque, non oppressione di petto, nè cardiopalmo. Lingua sucida, però, inappetenza, ventre chiuso da due giorni, e, ciò che più mi impressionava, la favella meno spedita che in istato normale si osservi, e la voce che usciva dalla strozza quasi a pertugio più stretto e contratto. — Esaurita la pozione con laudano (una dramma in quattro oncie di acqua aromatica) le prescrivo un purgante.

Nè più la vidi in quel giorno, perchè una condotta di undici comuni, e oggi tredici, con quattro grosse frazioni, e alcuni cascinaggi, e un giro di trenta chilometri, sono scusa sufficiente, se un ammalato, anche grave, non lo si visita che una sola volta al giorno. Nè, a dir vero, i miei contadini, che rustici finchè volete, ma pur son buoni, e alla loro foggia mi sono affezionatissimi, come io ad essi, pretendono di più.

Il terzo giorno la trovai colla faccia alquanto scomposta, a muscoli contratti, con aumentata difficoltà di parlare, d'inghiottire, di muoversi. Orine scarse, crude; ventre chiuso dal giorno avanti, in cui ebbe due scariche dopo preso il purgante; addome teso, duro; senso di stiramento alla nuca. Polso piccolo, frequentissimo, a 120, irregolare; respiro invece normale, nessuna molestia al cuore. Avvilita nel morale, l'ammalata si diceva perduta e chiedeva i sussidi religiosi, che io le accordai, perchè il medico non deve opporsi mai, nè contrariare in proposito il volere dell'infermo. Sospettai di tetano, e lo era infatto, come valse a persuadermene maggiormente un marcatissimo trisma, senza però che i denti fossero l'uno contro l'altro stretti e inchiodati, lasciando così fra le due mascelle un varco. Interrogata allora quali potevano essere state le cause di così grave malore, nè trovandole in cause reumatizzanti, venni a sapere che dieci giorni prima si era fatta con una zappa nel coltivare il melicotto una leggiera ferita lacera al dito grosso di un piede, che, oramai cicatrizzata, pur le doleva ancora.

Trattavasi quindi di *tetano traumatico*, e come tale veniva curato.

Nella notte aveva avuto brividi di freddo, susseguiti da smania e calore, non che da molestissimi stiramenti lungo il dorso e alla nuca. Diedi mano al chinino, e lo prescrissi a due grammi, sciolto in tre oncie di acqua, da prendersi a cucchiaiate ogni seconda ora; aggiunsi pure polveri d'oppio di un grano l'una, ogni altra ora a vicenda, in tutto però sei sole. Consumò tutto il chinino nelle ventiquattro ore, e i sei grani d'oppio sempre insonne e agitatissima.

Esternamente poi, sovvenendomi di quanto suggeriscono il Bastianini e il Prévost, non che forse molti altri che io al momento non ricordo, o realmente non so, ma in modo diverso applicandolo per le ragioni già dette,

feci eseguire larghe unzioni di cloroformio, a due dramme in un'oncia d'olio di mandorle dolci, da consumarsi nella giornata, lungo il midollo raccomandando che la parte venisse immediatamente dopo l'unzione coperta con faldelle di bambagia da sarte.

Nella notte avemmo nuovi brividi di freddo, susseguiti da smania e calore, non che da una diaforesi abbondante, ma viscida, attaccaticcia, di nessun sollievo all'inferma. Ventre sempre chiuso, orine scarse e crude. Ogni altro sintomà, come il giorno precedente; si ripete il chinino a due grammi, il cloroformio all'esterno, e si porta l'oppio a otto grani. Il tutto viene consumato nelle ventiquattro ore.

Sempre nuovo accesso febbrile alla notte, ricorrente alla stessa ora, accompagnato e seguito da uguali fenomeni. — Terza dose di chinino, a due grammi; cloroformio all'esterno; oppio a dieci grani.

Notte meno inquieta, ma sempre insonne. La donna, dacchè è ammalata, dice di non aver mai dormito; ciò che assicura pure il marito che indefesso l'assiste. Non si rinnovano i sintomi febbrili, e si cessa quindi dal somministrare il chinino, e pel cessare della indicazione, e per semplificare la cura. Si porta l'oppio a dodici grani; il cloroformio alla solita dose. L'ammalata desidera una pozione purgativa. Le si propina un infuso di Vienna, dal quale in fatto si trova buon effetto con tre abbondanti scariche di materie miste, figurate e sciolte. — Anche l'orina si è fatta meno cruda, e qualche cosa più abbondante.

Frattanto il tetano percorreva tutte le sue terribili fasi. Duro, teso, come statua di legno, nel volerlo sollevare per pulirlo, o mettervi sotto dei pannilini asciutti, il suo corpo era stecchito, nè menomamente piegavasi. Contratti i muscoli della faccia, del collo, del ventre; sempre la stessa difficoltà nella favella e nello inghiottire, sempre lo stesso trisma, senza però che le due mascelle fossero l'una contro l'altra serrate in modo da chiudere affatto la bocca. Vi aveano forse due sole linee di distanza, ma queste bastavano perchè si potessero amministrare le medicine, e qualche pantrito, a sostenerne le forze. E in questa non perfetta chiusura della bocca stette, certo, la sua guarigione, che in modo diverso non si sarebbe ottenuta.

Così, per non tediarvi arrivammo in diciottesima giornata, e l'oppio venne portato ai dodici grani, ogni 24 ore; nè questa dose si oltrepassò. Così il cloroformio venne consumato a due dramme per frizione, ogni dì. Si è ripetuto pure per altre due volte l'infuso di Vienna, con vantaggio, e in esso anche, forse perchè ne vedeva l'effetto, ebbe sempre l'ammalata gran fede.

In diciannovesima giornata cominciarono i sintomi tetanici ad amman-

sarsi, e anche l'oppio venne gradatamente, nelle sue dosi, diminuito; finchè in ventesima terza giornata fu portato a due grani, in ventesima quarta ad uno, e poi nulla affatto.

Io credo che sia prudente consiglio in tutte le nevrosi, allorchè si è portato l'oppio a dosi molto elevate, scendere gradatamente, a seconda del progressivo miglioramento dell'ammalato, fino alle minime, pria di cessare del tutto. Come l'ammalato che migliora e guarisce non tollererebbe più quelle alte dosi di farmaco di cui nella maggior foga del male sentiva appena l'azione; così ne soffrirebbe cessandolo bruscamente, ad un tratto.

L'uso del cloroformio alla spina dorsale si dovette continuare per più giorni ancora, perchè quando lo si sospendeva l'ammalata sentiva ancora, di tratto in tratto, quei molesti stiramenti alla nuca.

L'ultimo sintoma del tetano, che pure non fu mai in questo caso il più grave, fu il trisma che non lasciò libera l'ammalata che lunghi giorni dopo che si alzava dal letto, e a guarigione compiuta.

Sarebbe delitto desiderare nuovi casi di tetano per avere la compiacenza di curarli e guarirli. Ma se la mala sorte di qualche sgraziato me ne porgerà l'occasione, mi atterrò a questa cura.... finchè almeno ripetuti naufragi non mi sconsiglino dal ritentarla.

(*Gazzetta Medica Italiana.* 1 *Ottobre* 1866).

Paresi delle estremità inferiori guarita coll'elettrico.

Ecco in succinto questa bella cura fatta dal dottore Fubini:

Un fattorino da caffè, di 23 anni, provò nel febbraio 1864 vivissimi dolori alla regione dorsale; ei non se ne diede gran fatto avvertito e non ricorse a persona dell'arte. Questi dolori passarono dopo due giorni per ricomparire molto più intensi nel marzo dello stesso anno alla regione dorsale accompagnati da affanno del respiro e da una prostrazione di forze tale, da riescirgli impossibile di fare il minimo passo. I dolori, secondo il paziente, si estendevano dalla metà della colonna vertebrale alla regione sacrale, e la metà superiore della colonna vertebrale e la testa erano libere affatto da ogni sensazione molesta.

Nessuna causa traumatica, percosse o caduta, avevano dato luogo a questo suo malore, e forse le sole cause reumatiche ne furono l'origine, cause reumatiche a cui il giovine paziente si trovava così facilmente esposto per la sua professione ed il suo genere di vita.

Parrebbe quindi che la sua malattia si potesse considerare una meningite spinale. Comunque sia, egli ricorse all'egregio dottor Rattone, che praticò ripetuti salassi e sanguisugio lungo la colonna vertebrale, finalmente fece uso di pece di Borgogna applicata al *loco dolente*. Il malato allora potè alzarsi di letto, ma riescendogli impossibile il camminare ed avendo anche perduto intieramente la sensibilità agli arti inferiori, quantunque il retto e la vescica si trovassero in condizioni normali, gli venne consigliato l'uso dei fanghi di Acqui.

Reduce dallo stabilimento balneario d'Acqui, asserì non averne provato miglioria, anzi che ne ricavò indebolimento maggiore di quello che soffriva in prima. Andato in campagna presso un suo congiunto, gli furono prescritte dal medico del paese pillole di noce vomica e preparati aloetici. Le condizioni di sua salute restando però egualmente infelici, ricorse all'ospedale Cottolengo, ove fu ricoverato nella sezione dell'illustre cav. Peyrani. Sotto la direzione di questo distinto sanitario fece uso ripetuto di bagni a vapore.

Nella primavera del 1865 la sensibilità alle due gambe cominciò a ritornare, ma ogni sforzo per camminare riesciva inutile. Escito dall'ospedale Cottolengo, fece ritorno alla campagna, e nell'agosto del 1865 fu ammesso al ricovero di mendicità. Sotto la cura del dott. Rey ritornò ai preparati di noce vomica per uso esterno ed interno. Durante l'influenza di questo rimedio ricuperò del tutto la sensibilità alle due gambe, ma il movimento riesciva quasi impossibile.

Fu nel mese di dicembre del 1865 che il dott. Fubini lo vide per la prima volta e trovò la regione spinale libera da ogni dolore, che la puntura con ago è avvertita lungo tutto l'arto addominale destro e sinistro dalla coscia alla regione plantaria. La contrattilità elettro-muscolare è quasi dappertutto conservata. La temperatura degli arti addominali non è punto alterata, corrisponde a quella dell'intiero corpo; gli arti addominali non hanno sofferto, anche al dire dell'ammalato, della loro nutrizione normale.

Posta la diagnosi di paresi di moto delle estremità inferiori, con apparecchio di Gaiffe, alternando la corrente di 1.° e di 2.° ordine, il dottor Fubini fece passare i reofori dalla colonna vertebrale lungo l'arto addominale destro e sinistro, attenendosi sovrattutto alle parti muscolari in cui la contrattilità elettrica rispondeva meno bene che nelle altre. Questo trattamento si continuò per oltre due mesi, facendo ogni giorno una seduta di 7 ad 8 minuti di corrente indotta. Il povero giovane andò gradatamente migliorando. Dopo questo trattamento prolungato per circa due mesi esso potè escire dal ricovero di mendicità, potè rientrare al servizio di caffè, e ad un consiglio di cangiare professione, perchè quella di fattorino da caffè poteva

essere troppo molesta per lui: « mi sento abbastanza forte in gamba, rispose, per poter sopportarne le fatiche. »

Trovatolo di questi giorni per la città, il dott. Fubini lo vide che camminava celeramente e con sicurezza di passo tale da non più riconoscerlo.

(*Gazzetta Medica Italiana.* 24 *Settembre* 1866).

Due fatti di atassia locomotrice trattati colla elettricità e col nitrato d'argento.

Togliamo dall'interessante *rendiconto mensile* della Clinica medica di Napoli, che il dott. Diego Coco redige maestrevolmente nel *Morgagni*, i seguenti due casi che ne sembrano tipici.

« Il 2 gennaio ricevemmo in Clinica un uomo di 45 anni, che da poco avea cambiato il suo mestiere di cava-pozzi con quello di servente. Era un uomo robusto e sempre di buona salute: raccontava d'aver cominciato a soffrire or sono cinque anni di dolori rapidi e folgoranti alla gamba destra, che si dileguarono dopo giorni, per ritornare più molesti ora ad un arto ora all'altro. I bagni d'Ischia, che sperimentò al terzo anno di sue sofferenze, non gli giovarono punto, anzi dopo coi dolori, che ad intervalli lo tormentarono, cominciò ad avvertire una tal quale incertezza nel camminare, per cui era obbligato appoggiarsi ad un bastone. Questo sostegno però ben tosto gli divenne insufficiente: con l'incertezza nei movimenti l'ammalato s'accorse di più non sentire il suolo sotto i suoi piedi, per muoversi fu addiritura obbligato di far uso delle grucce, ed è in questo modo che si presentò in Clinica. La sua forza muscolare era perfettamente integra, e stando a letto potea muoversi in ogni senso ed opporsi ad ogni sforzo di estensione e di flessione de'suoi arti inferiori: in questi la sensibilità generale era solo in parte conservata, in modo ch'egli non avvertiva perfettamente la sensazione d'un corpo freddo o la puntura d'uno spillo. Alla corrente elettrica tutti i gruppi muscolari si contraevano energicamente: la sensibilità elettrica però non era eguale da per tutto, e nella pianta dei piedi specialmente essa era perfettamente spenta. Senza le grucce non era capace muovere un passo, ed obbligatolo a lasciarle, anco appoggiato ad un altro individuo il suo camminare si faceva incerto e barcollante così, che ogni momento minacciava di cadere: l'incertezza era ancora più caratteristica nel voltarsi, o quando lo si obbligava a chiudere gli occhi. Nei primi giorni che fu in Clinica non avvertì per nulla i suoi soliti dolori, ma dopo qualche tempo non tardarono a ricomparire: la loro sede era a preferenza gli

arti inferiori e la regione del sacro, l'ammalato diceva d'avvertirli come a lancinate rapide e folgoranti; duravano due, tre giorni e finalmente scomparivano. In prosieguo ne furono interessati allo stesso modo anco gli arti superiori, specialmente l'estremità delle dita, e durante gli accessi dolorifici non rare volte si associò paresi del detrusore della vescica....

Contemporaneamente alla sala *donne* veniva ricevuta una tale N. N., di 25 anni, che nel primo anno di suo matrimonio diceva d'essere stata contagiata di sifilide, da cui se ne curò alla meglio, e già gravida a termine regolare dette in luce un feto morto. Poco dopo cominciarono dei dolori lungo gli arti inferiori e alle piegature degl'inguini: in seguito nel corso di 4 anni diceva aver avuti 4 aborti. Già da due anni l'inferma s'era accorta di non poter camminare spedita e d'avere specialmente bisogno di guardare il suolo. Per questo fatto che mano mano era arrivato sino al punto che l'inferma più non era capace di camminare senza un appoggio, ed anco perchè i dolori nelle diafisi delle ossa s'erano resi molestissimi, nell'anno decorso ricoverò nell'Ospedale, ove sottomessa alla cura dello ioduro di potassio, dovette però ben tosto sospenderla perchè di nuovo gravida. Dall'Ospedale per ciò che riguarda il movimento non ne uscì punto migliorata, e quando venne in Clinica non solo non era capace di camminare, ma neppure di reggersi in piedi. L'era una donna molto denutrita, e subbiettivamente non si lamentava se non di dolori negli arti inferiori e nelle pieghe degl'inguini, che si esasperavano specialmente per parecchie ore della notte e si mitigavano ordinariamente con sudore profuso: la loro natura folgorante non era in questo caso distinta o costante. Qui la sensibilità tattile non era completamente estinta solo alla pianta dei piedi, ma anco lungo gli arti inferiori, ed in tal modo che l'inferma non avvertiva il loro reciproco contatto ed avea bisogno di guardarsi per assicurarsi che l'un arto era a cavalcione sull'altro. All'elettricità l'arto sinistro rispondeva meglio che il destro; ma la forza muscolare era energica in ambidue, e l'inferma resisteva con vigore ad ogni azione esterna di flessione o d'estensione; volendola far camminare, essa appena si reggeva in piedi, sostenendola era incerta e barcollante, ed assolutamente non si potea muovere se la si obbligava a chiudere gli occhi....

Come dalle due storie si rileva v'è quasi identità di manifestazioni morbose: in amendue gl'infermi la graduata anodinia o mancanza del senso tattile è stato il fatto con cui s'è accompagnato il progressivo mancante coordinamento dei movimenti, il che darebbe ragione ad appoggiare l'opinione di coloro che attribuiscono assolutamente al senso tattile la facoltà coordinatrice, la quale quindi diminuirebbe in proporzione che quello si af-

fievolisse. Però l'esito terapeutico nei nostri infermi ottenuto non appoggia, anzi è contrario a quel modo di credere: in amendue la mercè l'uso interno del nitrato d'argento e della giornaliera faradizzazione il senso tattile s'è sufficientemente ristabilito, e tutt'e due i nostri infermi assicuravano di sentire sufficientemente il suolo sotto i piedi, e la donna d'avvertire completamente il reciproco contatto de' suoi arti inferiori: pure se hanno guadagnato sufficientemente, non però può dirsi che abbiano proporzionatamente ricuperata la facoltà coordinatrice. Nella donna inoltre, pare che pur qualche poco cominci ad essere interessata la forza muscolare motrice: ora che può rizzarsi in piedi e camminare barcollando, con la difficoltà a coordinare i movimenti vi si scorge pure una sensibile debolezza: essa si stanca facilmente, ed ancò a letto, diminuiti considerevolmente i dolori primitivi, si lamenta d'un tal quale peso e torpore dei suoi arti inferiori. — I dolori folgoranti non sono stati egualmente spiccati in tutt'e due i nostri infermi: nell'uomo aveano certamente il loro carattere distintissimo, ma nella donna senza cessare di essere qualche volta tali, in complesso possono riferirsi più alla natura dei dolori osteocopi, ed in fatti col trattamento di ioduro di potassio essi sono considerevolmente mitigati. Dipendesse questa modalità dei dolori dalla diversità dei momenti eziologici?

Riguardo alla cura pure in questi due casi abbiam voluto sperimentare i due mezzi, di cui ora a preferenza si cerca trar vantaggio: il nitrato d'argento e la faradizzazione. Gli effetti ottenuti sono stati abbastanza soddisfacenti: l'infermo venuto con le grucce, n'è uscito che gli bastava per sostegno un semplice bastone, e la donna era contenta di poter con qualche appoggio moversi da un sito all'altro, quando prima di venire in Clinica era costretta rimanersene nel suo letto, e con quella mancanza di senso tattile per cui non era più capace di sentirsi i suoi arti. I dolori folgoranti che nell'uomo in alcuni accessi erano assolutamente strazianti, difficilmente si è ottenuto mitigarli non ostante i tanti mezzi sperimentati: il bagno generale tepido è riuscito sempre frustraneo e solo qualche sollievo ha ricevuto dalla doccia fredda, cui si facea immediatamente seguire il bagno a vapore preso nel letto. La donna, tenuto calcolo della sifilide, la si è sottomessa contemporaneamente all'uso del nitrato d'argento e della tisana del Pollini con ioduro di potassio, e come abbiam detto innanzi, quella specialità di dolori se n'è sufficientemente avvantaggiata. Saranno persistenti questi guadagni che in complesso possono dirsi considerevolissimi? Vorremmo sperarlo, ma pur troppo c'è a temere che cessato fuori di Clinica quel trattamento, la malattia non voglia continuare a progredire. »

(*Ivi*).

Dell' elettricità nelle malattie della laringe.

Tobold fece ricerche sull' azione della corrente *costante* nella neurosi di sensibilità e nelle paralisi dei muscoli laringei. Egli la raccomanda:

1. Nei dolori fissi della laringe senza alcuna causa che si possa riconoscere al laringoscopio; le iniezioni ipodermiche procacciano solo un giovamento passeggiero.

2. Nella tosse convulsiva riflessa per iperestesia della mucosa.

3. Nella facile stanchezza della voce con indebolimento del tono.

4. Nella paralisi completa od incompleta delle corde vocali.

Per ciò che riguarda la paralisi della voce Tobold ne riferisce due casi:

1. Un giovane era stato preso 4 mesi prima da afonia, e poteva parlare solo per alcune ore a voce fioca, perchè egli dopo perdeva di nuovo e ad un tratto la sua voce. Il laringoscopio mostrò la parte legamentosa come una fessura ellitica. Una faradizzazione di 5 minuti produsse una voce più rauca, mentre la galvanizzazione la ridusse ad un tratto completamente sonora. Dopo otto giorni, che però vennero interrotti da recidive frequenti, la voce rimase costantemente sonora. La differenza di azione delle due qualità di correnti si potè riconoscere fino dal principio. Alla fine della cura nella terza settimana la parte legamentosa si chiuse interamente.

2. Una donna giovine e robusta soffriva da 7 anni di afonia che solo nelle ore del mattino dava luogo a voce normale. Le corde vocali e la parte legamentosa si chiudevano, mentre le cartilagini aritenoidee e i processi vocali non si toccavano nella formazione dei toni. La cauterizzazione della laringe e la faradizzazione continuate per nove mesi non avevano giovato, quando si cominciò la galvanizzazione. Quaranta sedute eseguite irregolarmente tolsero l' afonia, prima per alcune ore, poscia per intero. Il laringoscopio dimostrò che i rapporti delle diverse parti erano diventati normali.

Meyer difende contro Tobold l' azione della corrente indotta. Egli guarì più casi di afonia, che in parte erano sintomi di isterismo, in parte erano causati da raffreddamento e da patemi (negli uomini), anche dopo una durata di anni, colla *moxa elettrica* sulla laringe, talora anche con contemporanea faradizzazione del nervo riccorrente nel solco fra la trachea e l' esofago. Più volte la voce ricomparve interamente nella prima seduta, altre volte no. Col laringoscopio talora non si potè conoscer nulla, talora si vide un' incompleta chiusura delle corde vocali. Quando la guarigione non succe-

deva che dopo ripetute faradizzazioni, il loro effetto da principio si perdeva di nuovo nel corso del giorno. — (*Ivi*).

Aneurisma disseccante dell' origine dell' aorta

per G. Saviotti.

Fra le varie forme di aneurismi, una delle più rare è quella designata sotto il nome di *aneurisma disseccante*; essa è però una delle più gravi, perocchè suole aver sede in tratti dell' apparato arterioso, sui quali il chirurgo può difficilmente portare il suo strumento. Infatti l' aneurisma disseccante predilige i vasi arteriosi più cospicui, e in modo speciale l' aorta, sopratutto nelle sue prime porzioni. Dall' aorta l' alterazione può estendersi sopra le grosse diramazioni, ed arrivare a regioni talfiata lontanissime dal punto di sviluppo.

Gli autori, dietro le osservazioni ripetute, sono oramai pressocchè tutti d' accordo nell' ammettere come causa prima dell' aneurisma disseccante la degenerazione ateromatosa delle arterie. Non è difficile comprendere lo sviluppo di questa varietà di aneurisma conoscendo la sede, il modo di sviluppo e gli esiti del processo ateromatoso; e siccome poi con questa degenerazione si collegano eziandio altri fatti patologici, credo bene di farne brevi cenni prima di descrivere l' aneurisma disseccante dell' origine dell' aorta per me osservato.

L' ateroma ha sede nella tonaca interna dell' arteria; incomincia a svilupparsi nello strato più esterno di questa tonaca medesima, ossia in quello strato che sta in immediato contatto colla tonaca media; col progredire del processo morboso l' alterazione patologica si avanza verso lo strato più interno della tonaca interna arteriosa, e finisce per invaderla tutta fino alla superficie libera. L' ateroma non solo si diffonde verso la superficie interna, ma talvolta invade ancora la tonaca mediana; ordinariamente non invade che gli strati interni di questa tonaca; in alcuni casi però può man mano diffondersi anche agli strati esterni, e arrivare fino in contatto colla tonaca esterna.

La degenerazione ateromatosa incomincia per una proliferazione degli elementi istologici che compongono le tonache arteriose; questi elementi cellulari si fanno più voluminosi; i loro nuclei si moltiplicano, e talfiata in quantità considerevole; successivamente tien dietro la moltiplicazione delle cellule, che ci presentano stadii diversi di formazione. Questo primo stadio del processo ateromatoso consiste perciò in una proliferazione attiva degli elementi

cellulari normali già esistenti. Se questo stadio si arresti, dà luogo a null'altro che ad inspessimento della parete arteriosa, ma il più delle volte è susseguito da altri stadii o attivi o passivi; lo stadio attivo che più frequentemente tien dietro a quello descritto è la ossificazione ossia la trasformazione degli elementi cellulari proliferati in vere cellule ossee, le quali fissano intorno a sè i sali calcari. Nel più gran numero dei casi però al primo stadio di proliferazione attiva tengono dietro dei processi passivi, cioè processi che conducono alla distruzione gli elementi cellulari proliferati. Uno di questi processi passivi è la cretificazione, ossia la mortificazione degli elementi istologici per deposizione patologica di sali calcari nel loro interno; ma il più frequente che in tali circostanze si osserva è la degenerazione adiposa, la quale arreca la distruzione degli elementi istologici proliferati. La sequela di tale distruzione è la formazione di una erosione della tonaca interna delle arterie, e in alcuni casi anche della tonaca mediana. L'ateroma si differenzia dalla degenerazione adiposa semplice o passiva per ciò che questa è tutt'affatto superficiale, invadendo gli strati più interni della tonaca arteriosa interna, e perchè ancora non è preceduta la proliferazione attiva.

Il processo ateromatoso, che nel caso nostro era assai diffuso lungo l'aorta, non vuol esser altrimenti considerato che come una endoarterite od endocardite, che suole tenere un andamento lento.

Le ulcerazioni prodotte dal processo ateromatoso sulla superficie interna dei grossi vasi con lesione delle due tonache interne costituiscono la condizione propizia allo sviluppo dell'aneurisma disseccante, inquantochè il sangue urtando nel suo cammino contro i margini dell'ulcerazione, può poco per volta sollevarli, separare le due tonache interne dalla tonaca esterna, ed infiltrarsi fra di esse. Il distacco della tonaca arteriosa esterna dalle due interne può limitarsi a brevi tratti, ma può in alcuni casi estendersi per tratti lunghissimi.

La degenerazione ateromatosa delle piccole arterie e dei capillari costituisce lo stato patologico che favorisce grandemente la rottura dei vasi, e quindi le apoplessie comunemente dette spontanee; nelle apoplessie sanguigne cerebrali coesiste quasi costantemente la degenerazione ateromatosa delle arterie.

Le ulcerazioni ateromatose anche superficiali delle arterie, ed in modo particolare dell'endocardio, costituiscono la condizione favorevole allo sviluppo di un altro processo patologico, voglio dire la trombosi colla consecutiva embolia; essa succede in tali circostanze alloraquando la fibrina del sangue venuta in contatto colla soluzione di continuità dell'endocardo o della membrana interna delle arterie, si coagula impigliando una certa quan-

tità di globuli sanguigni, e costituendo ciò che chiamasi trombo; la corrente sanguigna distacca dei pezzi di questi trombi e li trasporta seco in varie parti del corpo, dove essi, producendo l'ostruzione di rami arteriosi più o meno cospicui, originano delle lesioni anatomo-patologiche più o meno gravi. Quando un embolo, che così si chiama il pezzo di trombo trascinato dalla corrente sanguigna, arriva in arterie delle estremità inferiori, produce *cangrene molli* più o meno estese; la manifestazione di questa forma di cangrena in associazione con malattie cardiache o dei grossi vasi era già stata osservata da tempi antichi; ma la spiegazione del fatto non fu accuratamente conosciuta che dopo i trovati dell'anatomia patologica. Se poi gli emboli siano trasportati dalla corrente sanguigna nei visceri, fra cui frequenti sono i reni, la milza, il fegato, vi danno sviluppo a quella alterazione conosciuta col nome di infarto emorragico. Gli emboli sviluppatisi nel sistema arterioso e portati ai diversi visceri per le diramazioni dell'arteria aorta producono in essi le stesse lesioni che cagionano nel polmone gli emboli formati nel sistema venoso, e trasportati in questo viscere. Un fatto, d'altronde assai raro, cui può dar luogo un embolo trasportato nel cervello, è l'arresto subitaneo dell'arrivo del sangue in una parte di questo viscere, e quale conseguenza di questo fatto embolico si ha l'apoplessia, detta perciò *ischemica*.

Premessi questi pochi cenni sul processo ateromatoso e sulle sue principali sequele, descriverò il caso di aneurisma disseccante dell'origine dell'aorta per me osservato in un cadavere di un uomo portato all'istituto anatomo-patologico dell'ospedale Cottolengo.

Il pericardio enormemente disteso, ripieno di sangue nerastro raggrumato, cuore ipertrofico in massa; sostanza del cuore flaccida; la parete del ventricolo destro è ricoperta di masse di tessuto adiposo; la pagina viscerale del pericardio presenta delle larghe macchie biancastre, opache, in alcuni punti di aspetto tendineo; esse sono più numerose alla base dei ventricoli, dove formano quasi una macchia unica, che non all'apice, dove sono rare e meno estese; esse sono limitate allo spessore della pagina viscerale del pericardio, lasciando intatta affatto la sostanza muscolare. Il ventricolo destro è dilatato; dilatato assai l'orificio auricolo-ventricolare del medesimo lato, per cui la valvola tricuspidale riesce insufficiente: l'orecchietta destra è ugualmente dilatata. Nella carne muscolare della parete del ventricolo destro si vedono dei piccoli punti giallastri o delle piccole macchiette dello stesso colore, della larghezza di uno o due millimetri; sono tanti punti di degenerazione adiposa delle fibre muscolari; tutta la carne muscolare ha un colorito sbiadito: valvole sigmoidee dell'arteria polmonale sane.

Il ventricolo sinistro presenta una capacità aumentata, pareti spesse di molto oltre il normale, e presentanti appena qualche punto di degenerazione adiposa; la volvola mitrale presenta placche ateromatose; inspessita verso i suoi margini liberi; orificio auricolo-ventricolare sinistro di grandezza normale. Delle valvole sigmoidee aortiche due sono atrofizzate e fuse insieme in modo da rappresentare una valvola sola; l'altra, e precisamente quella che guarda il tramezzo che separa l'orificio aortico dall'orificio auricolo-ventricolare sinistro, è molto larga ed inspessita, e da sola corrisponde alle altre due insieme; su di esse il tubercolo d'Aranzio è grosso e cretificato, e al disotto di questo nello spessore della valvola si trova un altro punto più piccolo di cretificazione; altri nodi cretificati si sentono nel margine aderente tanto di questa come delle altre due valvole sigmoidee. L'orificio aortico è dilatato, e le valvole sigmoidee di molto insufficienti per chiuderlo.

L'arco dell'aorta è molto dilatato: in corrispondenza della valvola sigmoidea isolata presenta una dilatazione notevole; un centimetro all'incirca al disopra di questa valvola esiste una lacerazione delle due tonache interne dell'aorta, della lunghezza di circa due centimetri e mezzo, a margini irregolari, quasi frastagliati; all'estremità più elevata di questa lacerazione, che tiene una direzione alquanto obliqua all'asse dell'origine dell'aorta, si vede una placca ateromatosa. Altre placche si osservano sulla superficie interna dell'arco aortico e dell'aorta discendente toracica; una notevole sta all'imboccatura del tronco bracchio-cefalico. La lacerazione indicata metteva capo nel cavo dell'aneurisma formato per una parte delle due tonache interne dell'aorta, per l'altra parte della tonaca esterna di essa rivestita per buon tratto della pagina viscerale del pericardio. Il sangue insinuandosi in questa cavità ha separato la tonaca esterna dalle due interne, in basso fino all'origine dell'aorta, in alto fino all'origine della carotide primitiva sinistra, comprendendo nel cavo aneurismatico l'origine del tronco bracchio-cefalico; ai lati si estese di tanto da invadere la parte convessa per i tre quarti del tubo aortico, e lasciando intatto l'altro quarto corrispondente alla parte concava o posteriore sinistra del medesimo.

Finalmente sulla parte anteriore ed alquanto a destra, a cinque centimetri al disopra dell'origine dell'aorta, si nota nella parete dell'aneurisma formata della tonaca esterna e dall'esocardo, un piccolo foro a margini lacerati, del diametro di poco più di due millimetri: per esso il sangue del cavo aneurismatico s'è fatto strada nella cavità del pericardio; la morte dev'essere succeduta pressocchè istantanea.

Nella parte inferiore del cavo aneurismatico si vedono tuttora delle fimbrie che dalla tonaca media vanno alla tonaca esterna; nella parte media e

superiore la separazione della tonaca media dalla esterna è fatta così perfetta, che difficilmente si potrebbe eseguirla meglio collo scalpello anatomico.

Questo caso conferma eziandio quanto io dissi dell'embolia come sequela della endocardite ed endoarterite; i reni infatti ed il fegato presentano esempi chiari di infarti emorragici, i quali però nel caso presente offrono un grado avanzato essendo già passati allo stato di coni fibrinosi; il che dimostra che essi si sono formati già da lunga data.

Questo fatto conferma pienamente quanto ho detto innanzi per riguardo all'eziologia; le lesioni anatomiche che ci presenta e l'esocardo e l'endocardo ci dimostrano chiaramente che quivi ebbe luogo un processo infiammatorio, meno grave sull'esocardo, ma che all'orificio aortico ha prodotto una totale difformazione delle valvole sigmoidee, per cui bene vi si adatta la denominazione del Virchow di endocardite difformante. Trovammo una conferma della sequela della trombosi coll'embolia, e come in tale associazione la fenomenologia morbosa si presenta ordinariamente con forme gravi, e talfiata con veri fenomeni tifici, così comprendiamo la ragione per cui da molti antichi si è dato a questa forma di *endocardite* l'epiteto di *maligna*.

(Gazzetta dell'Associazione medica italiana. 27 *Marzo* 1866).

VARIETÀ

La sifilografia esposta aforisticamente dal Prof. Cav. Pietro Gamberini.

1. La sifilide è morbo virulento contagioso che si trasmette mediatamente ed immediatamente. Si manifesta con forme primitive o locali, e con forme secondarie o costituzionali; in ambo i modi sono contagiose, o trasmissibili dal malato al sano.

2. La forma primitiva o locale, e che sembra rappresentare la vera fisonomia e l'essenza del morbo, è costituita dall'ulcero, il quale è distinto in *molle* ed in *calloso* od indurato: taluno ammette pure un ulcero *misto;* che per la ragione e pei fatti non merita finora particolare attenzione, come entità patologica distinta.

3. La placca mucosa ed il tubercolo sono l'omologo dell'ulcero; la prima risponde all'ulcero molle, il secondo al calloso: fra le varie prove basta ricordare la trasformazione di questo in quello e viceversa, e la frequente origine dell'ulcero e della sifilide dal tubercolo e dalla placca suddetta.

4. La sifilide segue ordinariamente una legge anatomica: invade prima la pelle e le mucose: poscia i tessuti più profondi; ossa, muscoli, legamenti, ecc. finalmente i visceri e gli organi, svolgendo in essi a preferenza il neoplasma sifilitico, ossia la gomma. Tale successione non è sempre costante.

5. La sifilide può essere *ereditaria:* in tal caso suole manifestarsi nel fanciullo dal 2.° al 6.° mese di vita estruterina.

6. La sifilide *aquisita* per infezione accidentale locale, suole attuarsi dal 1.° al 9.° mese dell'avvenuta contagione. Non poche eccezioni provano correre maggior tempo, e cioè molti mesi e molti anni.

7. Si è preteso addimostrare che la sifilide segua la legge di altri contagi, ossia l'unicità d'infezione; l'esperienza ci ha offerte e ci porge non rare prove in contrario.

8. Il mercurio per la sifilide della pelle e delle mucose, e li ioduri per quella degli apparati osseo, membranoso, muscolare e dei visceri, sono la terapeutica capitale del morbo in discorso.

Della Blennorragia.

9. La blennorragia non è d'ordinario che un infiammazione della mucosa dell'uretra, della vagina, dell'utero, prodotta dal muco-pus trasmesso dal malato al sano.

10. La scienza e la clinica insegnano esservi: 1.° una blennorragia puramente catarrale o semplice; 2.° una prodotta dal *virus* blennorragico, la cui indole ci è ignota; 3.° una ingenerata dal *virus* venereo, che può essere l'ulcero uretrale topico, o la sifilide costituzionale, che da un centro si è recata a far impeto sulla mucosa dell'uretra, come talora adopera sulla mucosa del naso, del retto, ecc.

11. La prima blennorragia nascere può senza coito, o per uso ed abuso di coito con persona sana, ovvero molestata da leucorrea; per copia generosa di bevande riscaldanti, ed in ispecie della birra, del sidro, ecc.; per introduzione nell'uretra di corpi estranei e simili. La seconda blennorragia vuole il coito infetto, ovvero l'applicazione sulle mucose del muco-pus blennorragico. La terza blennorragia ha luogo nei sifilitici, e rappresenta la sostituzione di altro accidente sifilitico, specialmente dei tessuti ed organi profondi: oppure, come si disse, è l'e-

spressione di un ulcero immesso o sorto sulla mucosa uretrale.

12. La 1.ª e 2.ª blennorragia offrono d'ordinario una identica sintomatologia: mentre la prima segue per lo più il corso delle ordinarie infiammazioni od iperemie delle mucose, la seconda ben governata, se può omologare con questa, di sovente ha una durata non breve, ed è capace di ingenerare le placche mucose, che a sua volta valgono a motivare una blennorragia, e pare fautrice dell'artrite blennorragica, la cui indole è tutta equivoca. La terza qualità di blennorragia s'incarna colle proprietà dell'ulcero, o colle risultanze finali della sifilide costituzionale.

13. Sono accidenti gravi dell'uretrite nell'uomo l'infiammazione delle glandole di Cowper e della prostata, non che l'incordatura che bisogna combattere con energia e con sollecitudine.

14. Sono conseguenze penose e talora gravi il restringimento uretrale, e certi dolori nevralgici risiedenti lungo il canale dell'urina, ed in qualche incontro la spermatorrea, che bisogna distinguere dalla prostatorrea per mezzo del microscopio.

15. Si può abortire la blennorragia col balsamo copaibe ad alta dose, oppure colle iniezioni astringenti, o meglio con soluzione di nitrato d'argento (Gram. 1 in 15 o 30 gram. di acqua stillata).

16. Metodo antiflogistico, dieta, riposo, bevande ammollimenti, ecc. nel periodo di acutezza: balsamici più tardi, iniezioni astringimenti quando è tolta l'infiammazione, modificatrici nella blennorrea cronica. L'oppio, la canfora, il bromuro di sodio, ecc., temperano e vincono la spasmodia. L'incordatura, che suol essere costituita dalla flogosi dei corpi cavernosi, non si rompa, ma si combatta cogli antiflogistici, coi calmanti, cogli ammollienti ed in ispecie coi bagnuoli astringenti freddi.

17. La rara adenite si cerchi risolverla, locchè suolsi ottenere se manca l'ulcero uretrale.

18. Il fimosi ed il parafimosi, che talora avvengono nel corso della blennorragia, sappiansi prevenire colla nettezza pel primo malore, e col lasciare in posto il prepuzio pel secondo. Avvenuti che siano, vale la dilatazione con filaccie bagnate od unte a torre il fimosi: servono i bagni freddi, la compressione, lo sgorgo ordinario edematoso nel parafimosi: nell'estremo caso, e tentata inutilmente la riduzione, si ricorra alla chirurgia operatoria.

19. Sappiasi distinguere la blennorragia uretrale dalla balano-postite, la quale si vince prestamente colle frequenti embrocazioni astringenti, ed in ultimo col nitrato d'argento.

20. Non si confondano le erosioni che ponno succedere alla balano postite, o l'erpete prepuziale coll'ulcerazione venerea.

21. Le vegetazioni o placche mucose, che hanno per carattere principale l'escrezione di un umore di effluvio nauseabondo, si distruggano prestamente colla satura soluzione di nitrato d'argento, o con altri caustici.

22. La blennorragia nella donna può essere uretrale, vulvare, vaginale ed uterina. Lo *speculum uteri* è indispensabile per la conoscenza e cura dello scolo vagino-uterino. La cura, salve alcune modificazioni relative all'anatomia della donna, è omologa a quella che impiegasi per la blennorragia dell'uomo. Il balsamo copaibe, il cubebe servono nella donna a curare la sola blennorragia uretrale.

23. È notabile nella donna la granulazione della mucosa vagino-uterina; granulazione che vuolsi pure succedere nell'uretra maschile: gli ammollienti, gli astringenti ed i caustici compongono l'ordinaria medicatura delle granulazioni.

24. Si parla di blennorragia nasale, boccale, ombellicale, ed auricolare: credo siano un sogno: non così quella dell'ano, la quale deve essere prestamente combattuta.

25. La blennorragia può complicarsi all'epididimite unilaterale o doppia: il metodo antiflogistico proporzionato all'intensità del morbo è la cura ordinaria: i bagni saturnini e la compressione accelerano la risoluzione del male. Le applicazioni giornaliere ripetute di collodion valgono un possente rimedio risolutivo.

26. L'infiammazione dell'epididimo estendendosi al corpo del testicolo ingenera l'orchite, che bisogna combattere energicamente per impedire la suppurazione e la formazione del fungo. L'idrocele complica di frequente ambo i mali: necessita semplificare il morbo coll'estrazione del liquido, locchè ottiensi colle punture a mezzo della lancetta. Contemporaneamente alla detta cura conviene seguitare quella che spetta alla blennorragia.

27. Nel corso della blennorragia, e a preferenza nell'uomo, può svolgersi la così detta artrite blennorragica o acutissima o lenta: suol essere monarticolare. La durata è per lo più non breve: può in qualche caso vestire

i caratteri del tumor bianco: assai eccezionale la suppurazione; terribile l'idrartro: facile la recidiva in caso di nuove blennorraggie. Per me l'artrite blennorragica è l'infiammazione delle guaine e delle borse sinoviali prodotta dal *virus* blennorragico. Complicasi di spesso con un' oftalmia particolare, la cui sede è nella membrana di Descemet. La cura di quest'artrite è presso a poco quella del reumatismo. Sia energica la medicazione della detta oftalmite.

28. Un terribile morbo legato alla blennorragia è l'oftalmite blennorragica, la quale in poche ore può sfacelare l'occhio: la crea il trasporto del muco-pus uretrale negli occhi. Alla gravezza dei fenomeni infiammatori oppongasi energica cura: salassi, mignatte, dieta severa, ecc. Il rimedio precipuo e fondamentale che vuolsi subito adoperare è la cauterizzazione col nitrato d'argento anche ripetuta su tutta la congiuntiva infiammata, tosto susseguita da lavacri acquosi: devesi cansare di porre il caustico sulla cornea. Il pronostico è sempre grave, l'esito per lo più infausto!

Dell' infezione venerea locale.

29. L'infezione venerea locale esordisce con tre forme, che sono, l'ulcero molle, il calloso o duro, ed il tubercolo ossia neoplasma sifilitico: quest'ultimo è omologo all'ulcero calloso, o sifilitico.

30. L'ulcero molle o semplice è la sifilide locale, che *d'ordinario* guarisce ed esaurisce l'opera sua in luogo, per cui mancano le conseguenze costituzionali: l'ulcero duro ed il tubercolo sono la sifilide costituzionale: per essi è provata l'inoculabilità e la contagiosità degli accidenti secondari dal malato al sano.

31. I caratteri dell'ulcero molle sono: sollecita apparizione del morbo (24 a 48 ore) dall'infettamento, ossia mancanza d'incubazione: sviluppo di una pustola a cui succede l'ulcero o più ulceri, profondi, racchiudenti un detrito organico misto a pus, con orli staccati e tagliati a picco, quasi sempre dolorosi, accompagnati spesso dall'adenite o dalla linfite flemmosa con esito ordinario suppurativo, e con facile complicazione fagedenica o gangrenosa. L'ulcero è detto molle perchè manca di quella durezza che ricorda la cartilagine e la pergamena.

32. L'ulcero calloso, per lo più solitario, esordisce o con erosione, o con pustola, o con papula dopo un periodo d'incubazione di 25 a 40 giorni: la durezza degli orli inclinati per cui l'ulcero ha un aspetto cupuliforme,

la durezza della base, la poca suppurazione, il quasi niun dolore, l'induramento dei vicini gangli linfatici che non tendono alla suppurazione, l'ordinaria mancanza del fagedenismo e della gangrena, il corso regolare, la quasi sicura sollecita apparizione di manifestazioni secondarie, sono i segni patologici dell' ulcero calloso detto ancora infettante.

33. Chi guarda questi due ulceri come identici in essenza, benchè di aspetto, corso ed esito diversi fra loro, appartiene alla scuola degli *Unicisti:* chi li guarda quali entità morbose diverse ed opposte, è *Dualista.* La ragione ed i fatti clinici tengono tuttora in sospeso la sentenza. Io mi professo Unicista per le ragioni esposte nelle mie ultime lettere sifilografiche (1).

34. La cura dell'ulcero *molle* è quella che spetta alle piaghe in generale semplici; si deve escludere il mercurio perchè favorisce il fagedenismo. Appena esordisce l'ulcero si può abortirlo squarciando la pustolina e cauterizzandone il fondo col lapis puntivo di nitrato d'argento. La cura dell' ulcero *calloso* e dell'omologo tubercolo è la locale e generale della sifilide.

35. Nell'incertezza diagnostica fra l' ulcero molle ed il calloso soccorre l' autoinoculazione: l' innesto dell'ulcero molle sull' infermo stesso è positivo anche indefinitivamente: è negativo quasi costantemente se trattasi di ulcero duro.

36. L'ulcero *misto* emerge dalla sovraposizione del molle sul calloso, come si può artificialmente verificare: il calloso non attecchisce sul molle. Taluno vorrebbe riconoscerlo come un' entità morbosa distinta e primitiva, ma le prove mancano. Per me suona connubio accidentale delle due qualità di ulcero, oppure passaggio graduato dell' ulcero molle ad ulcero calloso od infettante, ossia trasformazione di accidente venereo primitivo locale in secondario o costituzionale. La sua cura emerge dal suesposto.

37. L' adenite dell' ulcero molle nasce, procede e si compie come gli ordinari tumori glandulari flemmonosi, quindi la cura in generale di questi, ricordando sempre che l'adenite per ulcero molle tende obbligatoriamente alla suppurazione, il cui ascesso vuole la cura dell' ulcero molle, dalla quale ha tutte le prerogative. Tale adenite dicesi anche uniloculare, perchè suole essere colpita una sola glandola.

(1) Bullettino delle scienze mediche di Bologna. Anno 1865.

38. L'adenite dell'ulcero calloso, detta anche *pleiade gangliare* o moltiloculare, che quasi mai suppura, vuole la cura dell'ulcero duro.

39. Il fagedenismo, o la gangrena dell'ulcero e dell'adenite, ora invade in superficie ed ora in profondità: ha talora un corso illimitato: si accusano molte cause, la maggior parte delle quali assai contestabile: l'infiammazione violenta, ed una qualche cacchessia sono i motivi più plausibili di quei guasti. La cura quindi sarà causale, ed in pari tempo sintomatica: le cauterizzazioni col nitrato acido di mercurio, fatte con una prudente arditezza, sogliono arrestare e togliere quelle fatali complicazioni.

40. Le placche mucose dei genitali, caratteristiche per la loro esalazione umorale nauseabonda, risponde, a mio avviso, all'ulcero molle, perchè in esso degenerano e da esso ponno nascere. Esclusa l'influenza sifilitica costituzionale, si curano e si guariscono localmente coi semplici bagni freddi, o col diluito liquore di Labaraque, o colle cauterizzazioni. Si noti essere eminentemente contagiose per l'infermo e pei sani. Leggasi in proposito la bella Memoria del dott. Soresina, e le mie lettere citate.

Della sifilide costituzionale.

41. Agli accidenti venerei mentovati suole succedere una diatesi o malattia costituzionale detta sifilitica, il cui focolare nascosto nell'organismo non ci ha concesso finora scoprire ove sia, se primitivamente nel sistema linfatico-ghiandolare, oppure nel sangue. È ragionevole ammetterlo in ambedue. È certo che coll'inoculazione del sangue si può anche trasmettere la sifilide: è ignoto se coll'innesto dell'umore linfatico-glandolare si ottenga altrettanto: a buon conto però l'iperplassia linfatico-ghiandolare del collo, dell'inguine, del gomito, ecc. sta precedente e congiunta colle diverse manifestazioni sifilitiche, e ciò vale un ottimo argomento diagnostico di sifilide latente od esterna.

42. L'apparizione della sifilide suole avere dei prodromi, quali la cefalea, i dolori reumatoidi, la febbre vespertina detta sifilitica, a cui succedono d'ordinario le varie sifilidi cutanee, a capo delle quali sta la rubeola, la sifilide papulosa, la pustolosa, ecc. i cui precipui caratteri sono il colore rameo, un aspetto triste e cupo, una disposizione circolare od aggruppata a forma di cer-

chi, di elissi, ecc. con assenza di reazione locale, con una certa tendenza alla polimorfia, con facile ulcerazione, con plasticismo di andamento cronico. Le sifilidi ponno distinguersi in *secche* ed *umide:* le prime sogliono esprimere un male leggero, recente o benigno; le seconde, l'opposto. Spettano alle prime la sifilide *eritematosa, papulosa, squamosa, tubercolosa, secca;* alle seconde la *vescicolare, bollosa, pustolosa, tubercolosa umida.*

43. L'omologismo che intercede fra la cute e le mucose fa sì che le lesioni di queste consentono coi guasti di quella: le lesioni secondarie delle mucose possono essere l'*eritema,* le *papule* o *placche mucose*, le *ulceri secondarie,* i *tubercoli*, i *restringimenti del retto*, dell'*esofago* e della *trachea.*

44. Appartengono alla sifilide secondaria l'*onissi secca* ed *umida*, l'*alopecia*, l'*irite sifilitica*, la *coroidite*, la *retinite,* i quali morbi sogliono accompagnarsi ad altri accidenti venerei costituzionali.

45. La cura di tutti i mentovati morbi è riposta nel mercurio dato all'esterno ed all'interno: il sublimato, il protoioduro, e le frizioni mercuriali sono la triade terapeutica capitale.

46. La stomatite mercuriale domanda la sospensione del rimedio, e l'amministrazione interna del clorato di potassa.

47. La sifilide passando a ledere le parti profonde ingenera lesioni che, con un linguaggio artificiale, si dissero *terziarie:* è sempre la sifilide costituzionale con predominio del sifiloma: sogliono tenere dietro in un tempo indeterminato alle secondarie superiormente classate. Le espressioni morbose della sifilide in discorso sono: le *gomme,* il *sarcocele,* le *lesioni muscolari* e *tendinose,* l'*induramento dell'inviluppo fibroso* e *dei corpi cavernosi del pene,* le *periostosi,* i *dolori osteocopi*, la *periostite,* la *carie,* la *necrosi* esiti ordinari dell'osteite, le *esostosi;* finalmente le lesioni viscerali, in ispecie del fegato, dei polmoni, del cuore, dei reni, del cervello, ecc.

48. Il rimedio capitale di queste malattie sifilitiche è il ioduro di potassio, o di sodio, o di ammonio, dato a dose generosa, graduata all'interno. Usasi pure in pomata esternamente.

49. Esistono due cacchessie: la sifilitica, e la mercuriale e iodale. Al medico analizzatore e studioso, la diagnosi e la cura; non dimenticando la coesistenza sullo stesso individuo anco d'ambo le cacchessie.

Della sifilide infantile.

50. La sifilide infantile è *congenita* od *aquisita:* la prima può esistere manifesta all'atto del nascimento; d'ordinario appare dal 2.° al 6.° mese di vita estruterina, e quasi sempre uccide il fanciullo, che suol nascere con aspetto senile, con voce fioca, denutrito, ecc.

51. La sifilide congenita od ereditaria può essere trasmessa dal solo padre, o dalla sola madre: da quello nell'atto del concepimento; da questa anche nel corso della gravidanza non innoltrata: la madre sola può dare, all'atto della nascita del figlio, il male venereo che sta nelle sue parti genitali: sifilide aquisita.

52. La sifilide aquisita nei fanciulli è d'ordinario trasmessa per allattamento di donna sifilitica, specialmente malata al capezzolo di sifiloma integro od ulcerato. Il bambolo finalmente può acquistare il mal venereo in tutti i modi conosciuti mediati ed immediati.

53. Il bambolo sifilitico ereditariamente suol nascere abortivo o precoce, spesso morto, talora vivo, ma per non lungo tempo. Il penfigo, la corizza, gli ascessi del timo, le lesioni viscerali sono le espressioni ordinarie della sifilide in discorso.

54. La cura della sifilide infantile suole consistere nel liquore di Vanswieten, e nei bagni generali di sublimato diluito nell'acqua tepida. La cura antivenerea sarà data in pari tempo alla madre sifilitica.

55. È colpa, è delitto il dare un bambolo sifilitico ad una nutrice sana: se la madre sifilitica non può dare il seno al proprio nato, lo si nutra coll'allatamento artificiale, a meno che non fosse concesso di procurargli l'allattamento da donna sifilitica in lieve grado, e quindi passibile di cura specifica assieme al fanciullo.

56. La sifilide investigata dall'anatomia patologica offre un prodotto speciale o neoplasma, che per la sua indole istologica dicesi sifilitico: esordisce coll'ulcero calloso od indurato e termina colla gomma dei tessuti e degli organi.

57. Si pensò poter combattere la sifilide colle sue proprie armi; sorse la sifilizzazione: ebbe seguaci ed oppositori; ebbe fortune e rovesci. Il suo giudizio finale non è ancora dato.

(Giornale Italiano delle malattie veneree ecc., 1866).

CHOLERA-MORBUS IN BOLOGNA

Anche in questo anno dobbiamo purtroppo dare una pagina nel nostro periodico per segnarvi la importazione fra noi del morbo asiatico. Il quale nullameno varie improvidenze, e nullameno incomplete disposizioni assunte *ab alto*, par non voglia assumere forti proporzioni, e par si mostri docile alle provvide e rigorose emanate dalla Commissione Sanitaria Municipale.

Non si abusi però di una apparente bonarietà che offre il crudo morbo, e tengasi per fermo che, quale Camaleonte novello, veste qualsiasi forma; e se oggi sembra mansueto e di poca lena, domani potrebbe, a propizia occasione, imbaldanzire e spiegare il massimo vigore. *Principiis obsta.*

Dopo poi esposta la breve nostra dolorosa istorica narrativa, stimiamo conveniente trascrivere le conclusioni a cui venne la Conferenza internazionale in Costantinopoli; e ciò sempre al lodevole intendimento di aprir gli occhi a coloro che li vogliono tener chiusi per negare la luce. — *Et fiat lux.*

F. Verardini.

Il primo caso di malattia si verificò in un militare accasermato al Forte Casaralta nel giorno 20 Settembre e questo fu seguito da altri. — Nel giorno successivo si constatava altro fatto in città in una giovane che in brevi ore moriva; altri casi seguivano nei giorni che si succedevano, ad eccezione dei giorni 24, 30 Settembre, 4 e 5 Ottobre; in questi ultimi tre giorni non si conta che un caso solo per giorno. In totale nella Città si sono dati casi 18, morti 13, e in cura 5. Sette di questi casi si sono presentati in individui provenienti dal di fuori; in forestieri. — Nel militare sono notati: Cholera grave casi 9. — Colerina 1. — Diaree sospette 25. — Morti 9.

8 Ottobre 1866.

---

1. « Il cholera asiatico, che più volte percorse il mondo, ha l'origine sua nell'India, dove nacque e dov'è permanentemente endemico ».

2. « Invadendo il cholera asiatico fuori dell'India non si è mai manifestato spontaneamente, nè mai fu osservato come epidemico nei paesi d'Europa, ecc.; venne sempre dal di fuori. Quanto ai paesi vicini dell'India (Per-

sia, Afganistan, ecc.) ammettendo anche come probabile che il cholera non vi esista allo stato endemico, non si può tuttavia trarre intorno a ciò una sicura conchiusione ».

3. « Non è impossibile che il cholera possa stabilirsi nei nostri paesi, ma devesi ancora riguardare questo fatto come problematico ».

4. « Non sembrerebbe che il cholera asiatico avesse il suo focolare originario nell'Hedias, ma pare fin qui che vi sia stato importato dal di fuori. »

5. « Riesce impossibile di precisare tutti i siti, in ispecialità nella valle del Gange, dove il cholera è endemico, e di affermare nel tempo stesso ch' essi abbiano l' esclusivo privilegio di dar origine al morbo ».

6. « Sono oscure le particolari condizioni sotto la cui influenza il cholera nasce nell' India e vi domina in certi siti endemicamente ».

7. « I pellegrini sono la più potente fra tutte le cause che contribuiscono allo svolgimento e alla propagazione delle epidemie del cholera nell'India ».

8. « I fatti tutti dimostrano colla maggiore evidenza che il cholera è diffuso dall' uomo con tanto più di celerità, quanto più attive e rapide sono le sue migrazioni ».

9. « Il cholera non può propagarsi lontano per l' atmosfera soltanto; ed è legge dimostrata che un' epidemia di cholera non si è mai diffusa da un punto ad altro in un tempo più breve di quanto sia necessario all' uomo per ivi recarsi ».

10. « La principale cagione propagatrice del cholera è l' uomo affetto da tal malattia. Un choleroso solo può causare un' epidemia ».

11. « Mirano alcuni fatti a provare, che anche un solo individuo proveniente da luogo contaminato, ed abbia diarrea, può bastare allo svolgimento di un' epidemia cholerica; o altrimenti, la diarrea premonitoria può trasmettere il cholera ».

12. « L'incubazione del morbo non oltrepassa pochi giorni; e tutti i fatti citati d' una più lunga incubazione si riferiscono a casi nei quali la contaminazione ha potuto avvenire dopo la partenza dal luogo infetto ».

13. « Non havvi alcun fatto per istabilire che il cholera sia stato importato da animali viventi; ma è ragionevole il considerarli come oggetti suscettibili ».

14. « Il cholera può essere trasmesso da oggetti d' uso proveniente da luogo infetto, e specialmente da quelli che hanno servito pei cholerosi. Il morbo inoltre può essere trasmesso lontano, da questi medesimi oggetti sottratti al contatto dell' aria libera ».

15. « È savio e prudente, fino a nuove informazioni, il considerare sospette tutte le merci provenienti da una sorgente cholerica, purchè non si trovino in condizioni particolari e determinate. »

16. « I cadaveri dei cholerosi, quantunque non sia comprovato che possano trasmettere il morbo, tuttavia è prudente il considerarli come pericolosi. »

17. « Le comunicazioni marittime sono per loro natura le più pericolose in quanto diffondono, senza alcun dubbio, lontano il cholera; poi vengono le vie ferrate, che in tempo brevissimo possono a gran distanza portare il morbo ».

18. « I vasti deserti sono una barriera efficacissima contro la propagazione del cholera, e non v' ha esempio che fosse importato in Egitto o in Siria, attraverso il deserto per mezzo delle carovane partite dalla Mecca ».

19. « Ogni riunione di persone — fra le quali siasi introdotto il cholera — è una condizione favorevole alla rapida estensione del morbo e di più, alla violenza della epidemia, qualora codesta riunione si trovi in tristi condizioni igieniche ».

20. « L' intensità delle epidemie choleriche sopra navigli ripieni di persone è tanto più violenta; che esse non escono da un paese cholerico dove abbiano soggiornato. Il cammino dell' epidemia è rapido sui navigli, e il pericolo d' importazione e quello di dar origine ad un' epidemia grave, non sono del tutto dipendenti dall' intensità nè dall' esistenza di casi di cholera constatati a bordo. »

21. « La riunione di persone in un lazzaretto provenienti da luogo ove regna il cholera, non produce una gran diffusione del morbo fra quelli che sono in contumacia; è per altro pericoloso al vicinato potendo propagarvelo. »

22. « I numerosi assembramenti di persone (truppe, fiere, pellegrini) sono uno dei mezzi più certi per la propagazione del cholera, e costituiscono grandi focolari epidemici, che, a seconda delle circostanze, camminano e si disseminano nei paesi che attraversano; per ultimo l' influenza cholerica, subita rapidamente da tali riunioni, diminuisce o cessa, quando nuovi arrivati non sopraggiungano a mantenere il morbo ».

23. « Il diradare una massa agglomerata a tempo opportuno può diminuire la violenza d' una epidemia cholerica, ed anche arrestarla; nulladimeno quest' atto produrrebbe, per contrario, un gran pericolo di propagazione, se venisse fatto in siti ancora non tocchi. ».

24. « L' importazione di questo morbo in Egitto avvenne dodici volte nello spazio di 34 anni durante la stagione calda; e ciò per colpa del pellegrinaggio della Mecca, mezzo propagatore del cholera rispetto alle vicine contrade d' Europa ».

25. « Le condizioni igieniche che predispongono una popolazione a contrarre il morbo favorendone l' intensità, sono: la miseria, l' assembramento

degli invidui, il loro stato di malattia, la stagione calda e la esalazione d'un suolo poroso pregno di materie organiche, sopratutto se le materie provengano da evacuazioni choleriche. Le evacuazioni choleriche contengono, come pare dimostrato, il principio generatore del male; le fogne, i luoghi comuni, le acque stesse contaminate da una tale sostanza, possono diventare mezzi di propagazione del morbo. Finalmente il suolo d'un sito impregnato una volta di concrezioni di sostanza cholerica, può conservare ben lungamente la proprietà di sviluppare il principio morbifico, e di mantenervi una epidemia, e quando sia spenta, rigenerarla ».

26. « L'andarne esenti alcuni siti, è un fatto che non n'esclude la trasmissibilità, ma che mostra che certe condizioni locali non ancora determinate sono un ostacolo allo sviluppo della malattia ».

27. « Nello stato attuale della scienza non si possono pronunciare che ipotesi sulla natura del principio generatore del cholera. Sappiamo soltanto che è originario dell'India, e che vi si mantiene costantemente; che questo principio si rigenera nell'uomo, e l'accompagna ne' suoi viaggi; che può in tal guisa essere propagato di paese in paese per successive riproduzioni senza mai germinare spontaneamente al di fuori dell'uomo ».

28. « L'aria ambiente è il maggior veicolo del principio generatore del cholera, ma la trasmissione del morbo per l'atmosfera rimane nel maggior numero dei casi limitata ad una distanza vicinissima al focolare donde provenne. Quanto a' fatti riferiti del trasporto per mezzo dell'atmosfera ad uno o più miglia di distanza, essi non sono abbastanza concludenti ».

29. « Siccome la materia delle evacuazioni choleriche è incontrastabilmente il principale ricettacolo del principio morboso, così ne segue, che tutto ciò che è contaminato da quelle materie divenga pure un ricettacolo, donde il principio generatore del cholera può svilupparsi sotto l'influsso di favorevoli condizioni; e che inoltre la generazione del germe morboso si fa probabilmente nelle vie d gerenti, escluso forse ogni altro apparato dell'organismo ».

30. « Il principio generatore del cholera perde rapidamente la sua attività morbifica all'aria libera, ma in certi casi particolari di chiudimento, questa attività si conserva per un tempo indeterminato ».

(*Gazzetta Medica Italiana.* 1 *Ottobre* 1866).

MEMORIE ORIGINALI

Sopra un caso di tumore per echinococchi al fegato e suo trattamento medico-chirurgico. Relazione del Dott. *Vincenzo Liverani* medico primario in Fusignano.

Maddalena Centolani, di Fusignano, d'anni 44 incirca, sobria e di lodevoli abitudini, nacque da genitori per ogni riguardo sani, che le furono rapiti in pochi giorni da morbi acutissimi. Una sorte eguale incolse ad alcune sue sorelle, ed altre che ancor vivono sono libere abitualmente da malanni, eccettuata una sola, che va patendo di stomaco, e che sei anni addietro ebbe un' imponente vomito di sangue, per cagione a me ignota.

La *Maddalena* passò ottimamente la prima età; ma al decimo anno fu colpita dal vaiuolo arabo, che quasi la ridusse in fin di vita, e le cui traccie deformi si osservano ancora sul viso. Mestruata a 18 anni soffrì spesso nel ricorrere dei flussi mensili di ambascie, di nausee e di vomiti mucosi e verdastri. All' età di 20 anni si recò a Filo da certi suoi parenti, e subito ne risentì l' influsso paludoso contraendo febbri periodiche ostinatissime, per liberarsi dalle quali fu costretta di fare ritorno nella sua aria nativa. Nel frattanto le mestruazioni era-

no divenute scarse, irregolari, con aumento delle consuete molestie del ventricolo. Due anni appresso tornata nel primiero stato di salute prese marito, e rimasta incinta sei volte, si sgravò sempre felicemente di figli robusti che ancor vivono sanissimi. Dopo il terzo parto fu incomodata da leggiero prolasso dell' utero, curato con pessari, e che completamente si corresse nelle successive gestazioni. Durante poi il tempo delle gravidanze, e specialmente nelle ultime tre andava soggetta quando più quando meno a vomiti di materie alimentari e biliose, e negli ultimi mesi eziandio ad affanno di respiro, con dolore al costato destro anteriormente in corrispondenza della regione epatica. Questo dolore si diffondeva in basso lungo il ventre, e sino alla coscia destra. Ma il parto rimediava bene a tutti questi incomodi, ed essa allattava con la massima facilità i suoi figli. Un anno dopo al suo ultimo parto patì di grave risipola al capo, che la privò temporaneamente de' suoi capelli, ed a permanenza dei lunari tributi. D'allora in poi fu infestata da turbe isteriche, fra le quali il senso di soffocazione alla gola, senza per altro perdere nè di forze, nè di nutrizione. Colla prematura cessazione dei menstrui coincise il graduale risorgere del suo dolore costale più mite e sordo che in tempo di gravidanza, e solo quasi sensibile allorchè voleva troppo adoperare il braccio destro, specialmente portando la sua più tenera bambina. La leggerezza della molestia, ed il crederla proveniente da ristagno sanguigno causato per l'inerzia precoce dell'utero, persuasero la donna a non farne parola al medico, ed a contentarsi di frizioni oleose, e di non so quali secrete medele per richiamare i catameni. Intanto la *Maddalena* si andò avvezzando ad usare piuttosto del braccio sinistro nei suoi lavori più faticosi, e così la doglia del costato le si rendeva appena sensibile nei rapidi cambiamenti di atmo-

sfera. Aveva passati parecchi mesi in questo stato, quando improvvisamente una notte senza pregressa o nota cagione si sentì assalire da acerbissimi dolori all'ipocondrio destro, che si irradiavano alla spalla e gamba omonime, con vomiti verdastri, sudori freddi, alterazione di fisionomia, e smania indescrivibile. Nemmeno questa volta si ricorse al medico, giacchè quei dolori in poche ore svanirono in seguito ad abbondanti scariche alvine, e lasciarono la donna presso a poco nelle condizioni di prima. Ho detto presso a poco, avvegnachè continuasse un residuo torpore alla spalla stessa, e per la prima volta la *Maddalena* si accorgesse di una certa dura prominenza che d'alquanto le sporgeva da quell'arco costale. Persuasa allora della serietà del suo male, consultò il defunto e compianto mio collega dott. *Ricciardelli*, che fatta diagnosi di lenta epatite ed ostruzione, si mise a combatterla con pillole fondenti, e risolutive. Riuscita inefficace questa cura, volle sentire anche il mio parere, ed ecco il risultato della mia prima visita fatta ai 16 di Marzo del 1865.

Donna di ordinaria statura, di colorito pallido a lei abituale, con pannicolo adiposo scarso, muscoli bene sviluppati, e scheletro giustamente conformato, non offre nulla di rilevante all'ispezione oculare. L'esame fisico scopre normali i polmoni, il cuore, i reni, gl'intestini, e la milza. Portando le indagini alla regione epatica si riscontra regolare il livello superiore del fegato; da basso sorpassa di due buone dita trasverse tutta l'arcata costale, senza però che simile tumidezza arrivi alla cartilagine xifoide. Palpando questo tumore si sente duro, teso, liscio, non fluttuante, pochissimo dolente; dà suono muto alla percussione, discende un poco nelle inspirazioni, e sale altrettanto nelle profonde espirazioni; il bordo suo è uguale, tondeggiante, e pare evidentemente formato dal

lato destro del fegato ingrandito. — Interrogata a lungo la donna sulla sua vita pregressa, mi risponde con criterio, e mi presta i dati anamnestici che poco sopra ho riferiti; e circa alle attuali sue sofferenze accusa un senso più di tensione che di dolore all'ipocondrio offeso, con trafitture lievi e vaganti alla spalla e coscia destre intorpidite. Di più si lamenta di nausee a stomaco digiuno, di vampe al capo, e di spessi stringimenti alla gola. Del resto l'appetito e le digestioni inalterate, la lingua bella, le deiezioni alvine naturali, le urine di facile emissione, talora nel colore simiglianti ad un lieve decotto di malva, e che io per mancanza di mezzi non potei sottoporle a chimiche reazioni. La *Centolani* infine non ha nè ebbe mai itterizia, emorroidi, edemi, ascite, tosse, cardiopalmo, dispnea; il polso, il calore, il respiro regolarissimi.

Quale giudizio pertanto io poteva formarmi di questo caso morboso? Non cadeva dubbio che la sede del morbo non fosse il fegato, e specialmente il suo lobo destro; ma quale natura mai vi aveva assunto? — L'epatite interstiziale al suo primo stadio non mi parve molto probabile non avendo giammai la donna abusato di alcoolici, essendo dessa da lungo tempo immune da influenza palustre, e mancando assolutamente di qualunque tumore di milza, e di qualsiasi vero disordine nelle funzioni intestinali. E così il carcinoma non lo credetti facilmente ammissibile, attesa, non foss'altro, la buona provenienza dell'inferma, il non patire veri dolori alla località ammalata, ed il trovarsi in uno stato discreto di organica nutrizione. La cronica iperemia epatica invece, l'epatite parenchimatosa con minaccia di ascesso lento e profondo, e lo sviluppo di echinococchi nella sostanza del fegato mi sembrarono quasi egualmente raccomandati tanto dalle condizioni pregresse, quanto dalle presenti della donna. Il complesso dei fenomeni riferiti è difatti comune presso

a poco a tutte tre queste specialità morbose, senza esservene un gruppo tale definito da accennare esclusivamente ad una sola di esse. Mi limitai adunque a fare una diagnosi approssimativa, parlandone in questo senso colla famiglia della paziente, facendole presentire la gravità e lunghezza della malattia, e dando speranze con ulteriori investigazioni di arrivare a scoprirne la vera natura. Di sussidi terapeutici fui parco, contentandomi di frizioni iodiali sul tumore, ed internamente di ferruginosi, e di una dieta piuttosto corroborante.

Tutto questo però non le valse gran fatto: il tumore venne crescendo lentamente, cominciarono a sporgere infuori le costole che lo coprivano, e sul finire di Aprile aveva già raggiunta la regione epigastrica, e penetrato persino nell'ipocondrio opposto. Ad onta di ciò la nutrizione della *Centolani* si manteneva discreta, non era sorto alcun nuovo fenomeno, e solo le turbe isteriche imperversavano di più, domate in parte dalle semplici infusioni di camomilla. Un chirurgo che in questo mezzo tempo la vide, volle tentare i vescicatori; ma indarno; io insistetti nelle primitive ordinazioni, e posi anche sulla località un cerotto di cicuta, senza sperare per fermo un migliore risultamento. Onde diminuire la mia responsabilità nella pertinacia e gravità del caso, ed in pari tempo per aver lumi a dilucidarne la diagnosi, e se fosse stato possibile a precisarla, consigliai la donna a recarsi in Bologna per consultarvi qualcuno di quegl'egregi Professori. Essa andò, e fu visitata dai chiarissimi *Brugnoli* e *Concato*. Ambidue questi pratici dichiararono ancor dubbia la natura dell'affezione; tuttavia propendevano per l'echinococco, prescrivendo docciature fredde sulla località, un vitto nutriente; ed il *Brugnoli* aggiunse anche il sale di cucina da darsi internamente, secondo le vedute del celebre *Laenaec*. Io dunque mi posi ad eseguire

codeste prescrizioni, e la *Maddalena* vi si prestò con fiducia e perseveranza. Di più andò a Riolo a bervi nel Luglio quelle acque minerali, e sulle coste Ravennati passò più tardi ai bagni marittimi. Tutto inutile; il male era sempre quello, le noie identiche, e le dimensioni del tumore le medesime, e forse un poco aumentate. Indispettita allora voltò le spalle ai medici ed alle medicine, e si mise senz' altro nelle mani di cerettani, che le furono larghi di promesse e di suggerimenti. Cosa prendesse da costoro non so; so solo che ben presto si stancò di simili imposture, e poco dopo si fece vedere al Ch. *Ballotta,* insigne medico di Lugo, che prese a trattarla coi fondenti, e coi mercuriali. Colpita dalla salivazione, ed estenuata nelle forze dovette cessar pure questa cura, sfiduciata più che mai della propria salute. Finalmente, urgendo anche più il male, il 26 Dicembre 1865 fui richiamato a visitarla.

Trovai nutrizione decaduta, ma non troppo, difficoltà nel respiro per la menoma fatica, rutti frequenti e nausee, rari i vomiti, appetito discreto, scariche dell' alvo e dell' urocisti naturali, qualche colpo di tosse, non edemi, nè ascite, nè febbre. I bronchi si udivano affetti da lieve catarro, ed il cuore era un poco spostato in alto con toni netti e normali. In letto decombeva sempre supina, e con testa e spalle elevate: di fianco e a capo basso non poteva giacere, perchè il tumore le opprimeva troppo il respiro. Il quale poi era enormemente cresciuto. Occupava tutta la regione ipocondriaca destra, porzione dell' epicolica, la regione epigastrica, la sezione superiore dell' ombellicale, ed in parte l' ipocondriaca sinistra. La milza non si poteva bene distinguere: il margine superiore del fegato più alto di tre centimetri, e tutto l' arco costale destro con l' appendice xifoide rovesciato in fuori. Del resto nella superficie della tumidezza persisteva la con-

sueta tensione e levigatezza; essa secondava gli alterni moti del torace, e senza fremito sensibile offriva una profonda fluttuazione, specialmente nel punto di contatto delle due regioni: ipocondriaca destra ed ombellicale. In possesso di questi dati, e principalmente colla presenza della fluttuazione, io abbandonai qualunque altra idea morbosa, e mi decisi francamente per l'echinococco. All'ascesso epatico non pensai nemmeno, tanto per la soverchia grandezza del tumore, quanto per l'assoluta mancanza della febbre, dei brividi, e di tutti gli altri sintomi che accompagnano una flogosi decisa, terminante in una suppurazione interna così estesa. E stando così la cosa quale sussidio si poteva mai attendere dalla medicina? Secondo me la sola chirurgia era valevole a sollevare veramente l'inferma, che stanca di più soffrire si dichiarò pronta a subire qualsiasi atto operatorio. A tale scopo la *Centolani* si condusse in Ravenna da quel chirurgo primario, sig. dott. *Puglioli,* ed ecco quanto egli decise in proposito, come da sua lettera in data 2 Gennaio 1866. — « Ho tenuto in osservazione per tre giorni la donna, « che ella mi ha inviato, e dall'esame istituito ho potuto « persuadermi, che il concetto diagnostico che ha emesso « è certamente il più probabile. Trattandosi però di do- « ver praticare una cura chirurgica che potrebbe avere « conseguenze gravi, il fondarsi sopra dati, che non pos- « sono dirsi certi, non mi pare cosa prudente, ed atten- « derei ancora, molto più che la donna non è molestata « da incomodi gravi, e lo stato generale è soddisfacente. « Quando poi coll'aumentarsi della gonfiezza, questa si « mostrasse uniforme e non bernocoluta, quando la flut- « tuazione si facesse più palese, e comparisse qualche « altro fenomeno, per es. il fremito idatideo,.... allora « senza più attendere si dovrebbe praticare un' apertura

« colla potassa caustica ecc. » (1) — Io riconobbi giuste le riflessioni del dott. *Puglioli,* e quindi mi strinsi a sorreggere la nutrizione della donna, a mitigarne possibilmente i sintomi più molesti, e ad incoraggiarla colla speranza di un men triste avvenire. Colle solite noie, e con giorni alterni di meglio e peggio passò tutto il Gennaio, il Febbraio, ed i primi di Marzo del 1866. Il tumore pareva stazionario nelle sue dimensioni, e la fluttuazione soltanto si rendeva sempre più manifesta, senza cenno però di fremito idatideo. Ma ai 10 di Marzo la scena si cambiò d'un tratto. Mentre nella mattina destandosi la *Maddalena* si stirava per liberare le membra dal notturno torpore sentì improvviso un forte scoppio, come di vescica piena d'aria che si rompa; scoppio udito anche dai figli presenti nella camera. Tra per lo spavento, tra per il dolore che acerbissimo si destò nell'ipocondrio, la donna alzò un forte grido, e si corse subito a chiamarmi. Mezz' ora dopo io era già al suo letto. Rinvenni la disgraziata con volto atterrito, in posizione orizzontale ed immobile, provocando ogni lieve movimento dolori strazianti all'ipocondrio, ed a tutta la metà destra del ventre sino in basso. Di più nausee, respiro celere e breve, polso piccolo, frequentissimo; estremità fredde, spalla, coscia, braccio destri tormentati da doglie continue, sensazione forte di freddo, battito di denti. Intanto a colpo d'occhio si vedeva la tumidezza in gran parte scompar-

---

(1) In una Memoria letta dal dott. *Belluzzi* all'Accademia delle Scienze dell'Istituto nella Seduta del 17 Febbraio 1859 è descritto un'interessantissimo caso di guarigione di un tumore epatico costituito da più che un centinaio di acefalocisti, mediante l'applicazione sul tumore della potassa caustica.

Caso analogo e con esito fortunato ebbero pure ad osservare i colleghi *Brugnoli* e *Verardini* in un facchino all'Ospedale Maggiore, come rilevasi dal Vol. 4. Anno 1865, delle Memorie dell'Accademia delle Scienze ecc.

sa, e le costole quasi tornate al loro posto; il ventre non aveva meteorismo, e la palpazione e percussione benchè fatte delicatamente non erano nient'affatto tollerate. In simile frangente non credetti possibile altra diagnosi, che di peritonite da rottura del sacco dell'echinococco, e quindi lì per lì prescrissi ghiaccio per bocca, polveri di oppio, e bagni freddi sull'addome (1). Nella sera febbre violenta, la regione iliaca destra ed ipogastrica gonfie, dolorosissime al tatto ed al menomo scuotimento del letto; nausee continue, nessuna deiezione alvina, urine naturali. Ordinai sedici mignatte. — *11 Marzo.* — Stato generale identico, urine scarse e torbide, alvo chiuso, la gonfiezza addominale si distende in alto ed a sinistra. Soliti rimedii, ed altre mignatte. — *12 Marzo.* — Febbre cresciuta, vomiti biliosi, dispnea, urine scarse e di stentata emissione, il ventre intero è gonfio, timpanitico, insofferente persino del peso delle coperte e delle fomenta. Aggiungo larghe frizioni di unguento mercuriale ed estratto di oppio. — *13 Marzo.* — Leggiera diminuzione nei dolori del ventre, nel resto come ieri. In questo giorno è veduta dall'ottimo mio amico dott. *Urbinati*, chirurgo primario in Bagnacavallo, che conferma diagnosi e cura. — *14 Marzo.* — Anche la febbre è divenuta minore, e potendo la donna senza grave strazio fare qualche movimento ne approfitto subito per farle iniettare un clistere purgativo, che vince la stipsi ostinata facendo uscire buona copia di feccie dure e giallastre. Le urine scolano con facilità, e sono meno frequenti i vomiti. Terapia solita. — *15 Marzo.* — Come ieri; di più la pelle è cosparsa di qualche sudore. Si continuano i rimedii, e l'oppio la

---

(2) Fra i varii casi di questo genere notati negli Archivii della Scienza, merita particolare considerazione quello osservato dell'egregio dott. *Canuti*, e pubblicato in questo Bullettino Vol. 1, 1842 e Vol. 18, 1850.

fa dormire per qualche ora. Si iniettano altri due clisteri, che fruttano molto, e scemano il meteorismo. — *16 Marzo.* — Febbre anche più diminuita, sudori copiosi, urine scarse e rosse, dispnea cessata, poche nausee, nessun vomito; i dolori addominali si destano solo nei movimenti bruschi, e per la palpazione. La tumidezza del ventre poi si è circoscritta alla regione ipogastrica, all'iliaca, epicolica, ed ipocondriaca destre. Si seguita nel ghiaccio, nell'oppio, e si sospendono le frizioni mercuriali minacciandosi una stomatite. — *17, 21 Marzo.* — Stato presso a poco eguale, soltanto da sera la febbre esacerba un poco, e nella mattina vi sono sudori più abbondanti. Stomatite decisa. Clorato di potassa in veicolo mucillaginoso. — *22 Marzo.* — L'aumento febbrile vespertino è maggiore, preceduto da varii brividi, e la regione iliaca destra è fatta sede di dolore vivo e spontaneo. Vi si pone un'empiastro di linseme, e si continua nell'oppio, e nel clorato. — *23, 24 Marzo.* — Sudori profusi continui, urine poche, molte scariche dell'alvo pultacee e giallastre, finiti i vomiti, e le nausee, mite la febbre senza brividi, senza esacerbazioni. La metà sinistra del ventre è tornato quasi naturale, ed insensibile alla pressione; invece la regione iliaca destra si mantiene tumida, e siccome i dolori più miti ne permettono un' esame accurato vi percepisco una fluttuazione manifesta, ed anche il tanto desiderato fremito idatideo. Dall'iliaca l'intumescenza si prolunga in alto in tutte le altre regioni da prima invase, che più tese e dolenti non lasciano sentire nè ondulazioni nè fremiti. — *25 Marzo.* — Febbre terminata, appetito, condizioni locali immutate. — *30 Marzo.* — La *Maddalena* abbandona il letto con forze sufficienti, è libera affatto dalla salivazione.

La convalescenza fu abbastanza facile e breve, ed intanto il tumore si andò riducendo, e sul finire di Aprile

era appena visibile; la palpazione però e la percussione lo dimostravano ancora vigente nelle consuete regioni. Non recando dolori nè incommodi, la donna si credette vicina ad una perfetta guarigione. Ed io sino ai 25 di Giugno 1866 non ebbi più occasione di vederla. Nel qual giorno fui richiamato, perchè il male invece di svanire per intero era tornato su gradatamente, arrecandole nuovamente molestie non leggiere. Difatti si erano ripetute presso a poco le condizioni anteriori alla peritonite, ed il tumore iliaco medesimo si elevava non poco con fluttuazione e fremito profondo. Nelle altre regioni però non presentava la nativa durezza e tensione. A quale causa attribuire questa ripetuta esacerbazione del morbo? Io sospettai uno sviluppo novello di echinococchi, ed anche la graduale raccolta di un umore purulento nel sacco che li copriva, tanto facilmente infiammabile, come è noto, e suppurante. Ciò posto, di leggieri mi persuasi dell'ulteriore insufficienza terapeutica della medicina, e sperando questa volta che non vi fossero controindicazioni a qualche manovra operatoria, annuente l'inferma, decisi di affidarla alle cure della chirurgia. La raccomandai adunque alla rara perizia dell'illustre Prof. *Rizzoli*, che di buon grado l'accolse in Bologna. Ora lascierò alla sua penna più esperta della mia di illustrare il rimanente di questo caso importante.

« La mattina del 28 Giugno, così Egli, dopo avere let-
« ta attentamente l'anamnesi che ella mi scrisse relativa
« all'inferma, e dopo aver fatto alcune dimande che mi
« potevano servire a rischiarare la diagnosi, feci ada-
« giare l'inferma in posizione supina, ed osservatone
« l'addome scorsi una enorme tumidezza, la quale trova-
« vasi sotto il bordo costale destro, occupava tutta la re-
« gione ipocondriaca, e discendeva nella regione epicolica
« ed iliaca di questo lato; dall'ipocondrio stesso esten-

« devasi alla regione epigastrica ed a parte dell' ombelli-
« cale, e spingevasi a sinistra, in modo da occupare quel-
« l' ipocondrio, e parte della corrispondente regione epi-
« colica. La forma di questa tumidezza accostavasi a
« quella di una grande cornamusa, la di cui convessità
« guardava in alto, la concavità in basso, e la sua cir-
« conferenza era di 80 centimetri. La superficie scorge-
« vasi liscia; in due tratti però vedevasi solcata, per gui-
« sa da farla a bella prima credere costituita da tre di-
« stinte gonfiezze fra loro riunite. La prima, che era la
« più piccola, corrispondeva alla regione ipocondriaca ed
« epicolica sinistra: la seconda, di questa maggiore, te-
« neva la regione epigastrica, l'ombellicale e l'ipocondrio
« destro: la terza, anche più grande, occupava la regione
« epicolica ed iliaca destra. Palpeggiato debitamente il
« tumore, oltrecchè era indolente e non molto resistente
« al tatto, faceva conoscere un' oscura e profonda ondu-
« lazione, e quindi la raccolta di un' umore entro di esso,
« il quale umore pareva comunicasse con tutte tre le in-
« dicate gonfiezze. Applicando la mano e l' orecchio sulla
« regione epigastrica non si sentivano i battiti dell'aorta
« e della celiaca. Facendo eseguire un' ampia inspirazione
« all' inferma, il tumore maggiormente sporgeva, si mo-
« strava più teso ed era spinto in basso ed alquanto a
« sinistra, scivolando per così dire sotto le pareti addo-
« minali, per riporsi al suo posto nell' espirazione. L' a-
« scoltazione e la percussione facevano conoscere il fe-
« gato colla sua superficie convessa trovarsi all' altezza
« ordinaria. Manifesto era il fremito idatideo, special-
« mente nella tumidezza occupante la regione epicolica ed
« iliaca destra. Se tutto ciò concorreva a confermare la
« diagnosi da lei fatta di echinococco del fegato, rima-
« neva però a stabilirsi se infruttuosi essendo riusciti i
« più potenti mezzi terapeutici da lei sperimentati onde

« giovare all'inferma, conveniva il tentare in essa una qual-
« che operazione chirurgica. — Sebbene io non trovassi con-
« troindicazione alcuna, pure prima di eseguirla, per esser
« ben certo che l'umore era proprio raccolto in una gran-
« de cavità, volli ricorrere a quel modo di esplora-
« zione che è consigliato in simili casi dal *Monteggia*,
« e che consiste nello infiggere un lungo e sottile spillo
« entro il tumore per conoscere se nel medesimo libera-
« mente ondeggia; il che quando avvenga è segno certo
« che lo spillo pesca in un liquido versatosi in ampio cavo.
« Ciò difatti avendo constatato, mi determinai ad operare,
« essendone ben anche convenuto il ch. dott. *Verardini*,
« che meco esaminò pure l'inferma. Non volendo poi dar
« mano a grave operazione, perchè lo stato della donna
« non poteva permetterla, il primo giorno di Luglio, mi
« limitai alla sola paracentesi impiantando il trequarti
« nella tumidezza inferiore, che, come dissi, era la più
« grossa. L'umore estratto fu di un colore paglericcio
« torbido, aveva l'odore del brodo; mano mano che esci-
« va il ventre appianavasi, e rendevasi più appariscente
« la cartilagine ensiforme dello sterno, e cominciavansi a
« sentire manifestamente i battiti dell'aorta addominale
« e della celiaca, che prima erano impercettibili, scom-
« parendo gradatamente in pari tempo le tre distinte e
« ricordate tumidezze; il che confermò che tutte insieme
« comunicavano. Escitone il liquido, il di cui peso fu
« di 1700 grammi, il volume del fegato non si trovò al-
« terato di molto, e la parete addominale corrispondente
« alla cisti rimase per fatto di questa un pochino più
« rialzata e resistente. — La donna nel corso del giorno
« ebbe alcuni svenimenti: poi si pose in calma, e così
« rimase per tutto il tempo della cura ».

« Pregato da me il ch. sig. prof. di anatomia patolo-
« gica *Cesare Taruffi* d'usarmi la cortesia di esaminare

« quest' umore, egli molto volentieri vi si prestò, e così « mi scrisse il 2 di Luglio. — *Osservato oggi il sedi-* « *mento del liquido che mi è stato trasmesso, trovai* « *cellule epiteliali, numerose cellule purulenti, e molti* « *echinococchi in pieno sviluppo riuniti in gruppi.* « *Esaminato il liquido offriva cristalli di cloruro di* « *sodio, e formava un' abbondante precipitato di albu-* « *mina trattato coll' acido nitrico. Tutti questi risul-* « *tati offrono un' apparente contraddizione, che svani-* « *sce sapendosi, che le idatidi dei visceri danno luogo* « *alla formazione di una cisti secondaria fibrosa su-* « *scettibile di infiammarsi. Considerando dunque la* « *grande quantità di liquido albuminoso con cellule* « *purulenti, devesi credere che esista una grande cisti* « *avventizia di idatidi, la quale svuotatasi del liquido* « *diverrà una estesa superficie suppurante* ».

« Fortunatamente però in questo caso ciò sinora non « avverossi; ma infiammatasi leggiermente la cisti, le sue « pareti subirono metamorfosi così salutari da tendere « alla sua totale scomparsa. La donna trattata coi mar- « ziali e con opportuno regime dietetico, si è già molto « nutrita, ha acquistato buon colore, ed ha tale forza e « trovasi in così buone condizioni, da potere permetterle « di fare ritorno alla propria famiglia ».

Fin qui l' illustre Professore in una sua lettera in data dei 22 Luglio. — La donna difatti tornò in Fusignano contentissima di essere arrivata con sì lievi disturbi a liberarsi d' una malattia che per tanto tempo l' aveva tormentata. Da quel giorno sino a questo in cui io scrivo nessuna novità è ad essa sopravenuta. Soltanto il fegato sorpassa ancora d' un poco il margine costale, e lungo il ventre palpando si sentono alcune briglie tese ed indolenti. Rimessasi nel suo primiero stato di forza e di salute disimpegna con la massima facilità le sue usuali

occupazioni, e se non fosse una sensibilità un po' risentita alla metà destra del suo addome, non si ricorderebbe nemmeno del male che ha sofferto, e dei pericoli che le ha fatto passare. Sarà durevole e definitiva codesta guarigione? Io lo vorrei sperare, dovendosi ritenere che quelle briglie menzionate siano il felice risultato di flogosi adesive alle pareti della cisti avventizia dell'echinococco. In ogni modo poi l'andamento di questo caso morboso, le sue gravissime successioni, ed in ispecie il fausto esito d'un atto operatorio così innocente, mi sembrano cose non indegne di essere raccomandate all'attenzione dei pratici. Fu per questo che io ne volli alla meglio compilare la presente narrazione.

Fusignano 12 Ottobre 1866.

DELLE MORTI — NUOVA CLASSIFICAZIONE FILOSOFICA DEL PROF. *Luigi Chierici*, PER NORMA SICURA DELLA MEDICA REPUBBLICA E DEL LEGISLATORE.

AL COMMENDATORE

PROFESSOR FRANCESCO RIZZOLI

Medico-Chirurgo di S. M.

IL RE D'ITALIA

Mio illustre Maestro!

Bologna 30 Settembre 1866.

Il presente lavoruccio è di brevissima dizione: ciò nullameno mi costò lunghe difficoltà. E se mai in proposito abbia trovato giusta l'osservazione di *Voltaire*, quando, corrispondendo agli amici suoi, avvertiva « *com-*

patite se ho scritto a lungo, perchè non ho avuto tempo di riflettere » la riconobbi tale in questa circostanza; giacchè, per ragionare di un soggetto grave con parole *relativamente* brevi, uopo è faticare assai di più di quanto lo si trattasse con istile prolisso. Se non che, avrò poi raggiunto l'intento cui mira quest' opera mia?

Non valendo a risolvere il quesito, la intitolo ad un Nome celebre in Italia ed all' Estero, affinchè, così bene auspicata, sorta il benigno accoglimento de' Colleghi miei e della Scienza.

Le faccia Ella buon viso, e di ciò si terrà pago abbastanza

Il suo Dev.mo
LUIGI CHIERICI.

SCOPO DELL' OPERA

Dopo d'avere propugnato — a fine grandemente umanitario — nella mia ultima operetta testè pubblicata (1) la distinzione di *morto* da *cadavere;* e posciachè, per codesta distinzione mi fu resa giustizia dalla opinion pubblica (2) e da dottissimi nella Scienza (3), perciò, non cu-

---

(1) Norme Igieniche e progetto di regolamento medico-politico risguardanti il trattamento ai moribondi ed ai morti, la verificazione del decesso, le camere mortuali ed i cimiteri. Bologna, Tipi Fava e Garagnani, 1865.

(2) Oltre 50 articoli di giornali politici la incoraggiarono, tra cui uno veramente troppo gentile nel Corriere delle Marche, dettato e firmato dal chiarissimo Conte Dott. *Orsi* e in data 6 Decembre 1865; e molti di giornali scientifici, tra cui primi: questo stesso Bullettino in data 30 Novembre 1865, l' Imparziale in data 1 Marzo 1866, l' Ippocratico in data 15 Gennaio e 15 Febbraio 1866, la Sardegna Medica in data 15 Novembre 1865, ecc. ecc.

(3) Ben oltre cento lettere di medici encomiarono quest' umile mia fati-

randomi delle opposizioni meschine di certuni, i quali hanno il *bene* di non vedere colla mente al di là d' una

---

ca, e di più di 300 Municipi, delle quali porto qui un saggio d' ognuna loro categoria.

« L'opera sua è troppo necessaria per ognuno di noi che esercita la spinosa professione del Medico-condotto; e per le cognizioni ch' ella chiaramente, e per la gloria di questa povera Italia, e pel primo ha così strenuamente propugnato ».

Da Porto S. Giorgio.

20 Febbraio 1866.

Dott. G. Alberini.

« Utile e pregevole è l'opera Norme Igieniche ecc. redatta con tanto sapere ed erudizione dalla S. V. e con quel sentimento di vero amore all' umanità che è distinto pregio delle anime gentili; per cui questa Giunta, esternando le sue congratulazioni al distinto autore, ecc. »

21 Gennaio 1866.

Il Sindaco di Forlimpopuli
E. Salaghi.

« Del suo lavoro l' Umanità e la Patria avranno sempre ragione di gloriarsi ».

14 Febbraio 1866.

Il Sindaco di Campegine
F. Zacconi.

Quell' illustre statista che è il Dott. *E. Ianssens*, Direttore sanitario della città di Bruxelles, nell' inviarmi un secondo dono de' preziosi suoi lavori, aveva la deferenza di così scrivermi novellamente sul mio lavoruccio:

« Io ho ricevuto il Codice Igienico che avete avuto la bontà d' indirizzarmi. Questo dono mi è tornato di vivissima soddisfazione a motivo che lo trovo così ben concepito, scritto così elegantemente e pieno di così alto valore e di consigli così eccellenti, donde spero se ne possa più tardi ottenere un gran partito. L' opera vostra è destinata a rendere grandi servigi ai Magistrati, ai Medici, ed agli impiegati dello Stato Civile, e viene a riempire una lacuna che era increscevolissima nella medica letteratura ecc. ».

E. Ianssens.

AVVERTENZA. — Se feci di ragion pubblica questa piccola parte di corrispondenza, si fu, non per vanità, sì bene per dimostrare a *certuni*, che,

spanna; mi venne in animo di classificare le morti a pensamento mio, e cioè in guisa per cui — spero — mi si aggiusti fede di adeguatissima.

E già da gran tempo pareami che, nella classificazione delle morti si fosse camminato, siccome si cammina tuttodì un po' astrattamente, e dirò anzi, contro quel rigido senso filosofico, il quale, alieno da soverchia sottilità dialettica e da didascalica pedanteria, dovrebb' essere quello cui informarsi il conoscimento e le definizioni di cose cotanto importanti.

Cotalchè, animato da buon volere, e mirando sempre di concorrere, per quanto il consentano le deboli forze mie, al progredimento e al decoro della Scienza, oso pubblicare codesti miei pensieri, che non tralascio di motivare, consacrandoli alla Medica Repubblica, perchè raggiungan da Essa la sanzione che loro auguro.

DELLE MORTI

I.

Sarebbe vano il tacere come nel linguaggio delle diverse scienze siansi universalmente accettati per *buoni* alcuni vocaboli, i quali invece sono improprii perchè non corrispondenti nel loro etimologico e filosofico significato a ciò che vorrebber dare ad intendere.

E la maggior parte del male derivò dalla troppa facilità, per non dire leggerezza, con cui fecesi a nominare ed a definire *quella cosa* o *quell' altra*, di spesso mal interpretando dal latino o dal greco il significato della parola semplice o composta, e dalle cui lingue la si fa-

---

la Dio mercè, non ho bisogno della loro approvazione, che anzi dessa non mi cale punto ne poco.

ceva derivare. È poi indubitevole che oggidì siamo pervenuti a tale condizion di cose, per cui ognuno inventa ed applica alla Scienza denominazioni novelle, alcuna volta bizzarre ed irrazionalissime; onde tornano insufficienti i dizionari già compilati, sicchè altri ne occorrano, a meno di non volersi che della Repubblica medica si formi una novella Babele. Ed in quanto ad improprietà di vocaboli, se analiticamente se ne volesse giudicare, oh! quanti ne troveremmo impropri e fuori di retto senso! Ma questo non ci par luogo per quistione siffatta, e ne basti l'averne appena fatto cenno.

Se non che, mentre l'improprietà di applicazione di un vocabolo può tornar indifferente in taluni casi, in alcuni altri non è così. E come rinvenni necessarissima ed utilissima, oltre che propria e filosofica, la distinzione di *morto* da *cadavere* (1) esplicata e motivata nell'opera mia testè qui citata con *nota* a pagina 320; trovo del pari necessaria ed utile, oltre che pro-

---

(1) È solo per questa distinzione che può tornar utile e giusta la legge 20 Marzo 1865, relativamente alla verificazione del decesso, non potendosi attestar mai essere un estinto in vera condizione di morte reale, se non abbia dato segno del cominciamento della putrefazione cadaverica. E sia lode alla legge del Belgio a questo riguardo, per la quale il medico verificatore, non solo non attesta di *morte reale*, ma non permette INUMAMENTO se non sia constatata la putrefazione predetta, vale a dire se il *morto* non sia veramente *cadavere*.

MORTO è quel corpo umano che non dà segno alcuno di vita e quindi di vitalità, mentre può essere in fatto che la vita non sia spenta, ma che spenta apparisca per la sospensione dei fenomeni vitali, ossia appunto della vitalità.

Cadavere è quel corpo umano in cui non sono assolutamente più nè vitalità nè vita; e nel quale per ciò ha cessato affatto d'esistere quell' affinità organico-vitale di elementi che lo componevano, e per cui quel corpo umano comincia a dissolversi, e, putrefacendosi, a consumarsi.

pria e filosofica una ragionata e ben definita classificazione delle morti.

II.

Accennato all' importanza della distinzione di *morto* da *cadavere;* e siccome avverrà spesso che queste mie osservazioni pervengano nelle mani di chi non conosca l' operetta mia precitata, che tale distinzione propugna ad oggetto che le leggi si accordassero, in base della distinzione di morto e di cadavere, AD ORDINARE CHE NIUN MORTO POSSA ESSERE SEPPELLITO, SE NON SIA DIVENUTO CADAVERE; così penso util cosa di dire anche qui alcun *che,* affine di provare l' importanza suprema della distinzione medesima, da accettarsi dalla Scienza siccome agevolatrice dello scopo della legge sullo Stato Civile e vantaggiosa all' umanità.

Se non che, essendo mio proponimento quello precipuo dell' umanitaria utilità, che in questo caso dovrebbe derivare da leggi previdenti, facilmente interpretabili, ed anzi esplicite nello spirito del loro eseguimento; ed essendo pur vero che forse non tutti i Medici, per quanto filantropi e sapienti, vorranno accettare la distinzione da me proposta; così, non me la prendan essi in sogghigno; dappoichè, pronto io a sacrificare cosa qualsiasi di fronte allo scopo migliore, a quello cioè del pubblico bene, sin d' ora vengo a proporre un modificamento alla preaccennata mia distinzione, e cioè di chiamare, MORTO PRESUNTO il corpo umano ch' io chiamerei *semplicemente* MORTO; riserbandomi sempre il vocabolo *cadavere* per quel corpo umano che cominciasse a dar segno d' organico generale dissolvimento.

Ed ecco pertanto che ogni dotto ed esperto delle Scienze Mediche, qualora anche non combinante nel mio opi-

namento, vorrà e saprà rispettarlo qual esso sia; ed in caso, accogliendo di buon grado la modificazione suespressa, sarà tanto onesto ed imparziale da permettermi che, per siffatta guisa, io non tradisca da un lato le convinzioni mie, e dall'altro, gettando la quistione in seno della Medica Repubblica, soddisfi al dovere di dimostrare lealmente esser io ben lungi dal pretendere ad infallibilità. Docile ai consigli, umile dinanzi l'apostolato della Scienza: dimostratomi tale, non la figurerò da indiscreto, se reclamo mi si lasci liberamente argomentare; dappoichè alla fine dei conti non pretendo farla da maestro, ma solo di eccitare i miei colleghi italiani e stranieri ad agevolarmi la via che alla mèta, prefissami in questa grave contingenza, providamente mi adduca.

III.

Fu in origine l'illustre THIERRY, il quale, dalla classificazione giustissima dei tre vari stati di morte, *apparente, intermedio* e *reale,* trasse la differenza di *morto* e di *cadavere.* Differenza che reggesi a meraviglia; e che ogni medico, al possesso non solo della parte teorico-pratica della Scienza, ma della filosofia di essa, non ardirò dire *dovrebbe,* ma potrebbe accettare.

Gli è adunque per *morto* che, così detto semplicemente, dovrebbe considerarsi dalla Scienza quel corpo umano, il quale non dia segno di vita, non quindi di vitalità; mentre in fatti può essere che la vita in esso sia spenta, o che spenta apparisca per la sospensione dei fenomeni vitali, ossia appunto della vitalità, e cioè che non sia spenta realmente.

Per *cadavere* invece dovrebbe considerarsi quel corpo umano che sia morto realmente, ed in cui quindi non sieno assolutamente più nè vitalità, nè vita; e nel quale

abbia cessato conseguentemente d'esistere affatto quell'affinità organico-vitale di elementi, la quale costituivalo corpo organico vivente; e per la cui cessazione di affinità organico-vitale quel corpo umano cominci a decomporsi, ossia ad entrare nello stato e ad essere soggetto al procedimento della chimica decomposizione, la quale vada attuandosi per la fermentazione putrida, volgarmente detta cadaverica putrefazione (1).

Questa differenza di morto e di cadavere, oltrechè potrebbe a *priori* ritrarsi dalla stessa italiana letteratura, e quindi costituire una differenza di precisione linguistica; essa potrebbe accettarsi non solo dalla filosofia della Scienza medica, sì bene dalla medico-politica economia, siccome offerente una LINEA DI DEMARCAZIONE per giudicare sicuro, certo, anzi matematico-sperimentale l'avvenimento e l'esistenza della morte reale; prima del quale accertamento non potrebbesi nè dovrebbesi mai, ma più specialmente nei casi constatati o supposti di convulsioni, di apoplessie, di cause asfitiche, di stato di gestazione o di puerperio, di emorragie, ecc. seppellire gl'individui supposti o verificatisi morti da quelle cause.

E dissi potersi ritrarre la giustezza di cotal differenza dalla stessa italiana letteratura. Infatti, nell'unica aurea Opera esistente di sinonimi italiani, in quella cioè del TOMMASEO, la parola MORTO non ha altri sinonimi in fuor di quelli di *defunto* e di *trapassato:* e solo dopo avere spiegato l'autore che DEFUNTO vuol dire *individuo che visse,* TRAPASSATO *che passò ad*

---

(1) La putrefazion cadaverica è l'effetto della decomposizione suaccennata; e per essere cadaverica debb'essere generale, distinguibile pertanto da quella putrefazione che potrebb' esser l'effetto di morbosità o di accidentalità lesive, di che l'individuo ebbe a soffrire vivente; come per es. sarebbero piaghe, carcinomi ecc.

altra vita, dice MORTO, così intendendo quello che è cadavere. Ma qui, come appare chiaro, allude al *morto reale;* e siccome non colloca al posto debito ed immediato dei *sinonimi* il vocabolo *cadavere*, quale sinonimo di *morto;* così egli viene a riconoscere e ad indicare il *vero morto* colla parola *cadavere.*

Per dirsi poi uno *morto realmente,* bisogna che ne manifesti il *segno certo,* e la Scienza non conosce altro *segno certo,* tranne quello della putrefazione, ma, putrefazione cadaverica. Nè mi si venga a dire essere segno certo di morte l'incontrattilità del cuore, siccome assolutamente ed *ineccezionabilmente* vorrebbe il chiarissimo sig. *Bouchut.* Ad esso, ossia alla sua dottrina, a pag. 134 e seguenti della mia più volte citata operetta feci tali osservazioni, ed argomentai sulla *invenzion sua* così incalzantemente, che sfido chiunque possa darmi torto. Cotalchè mi restringerò ad osservare;

1° Che se il cuore facesse sentire qualche leggero e rado movimento, esso dovrebb' essere essenzialmente accompagnato da leggero e rado, e sempre contemporaneo soffio respiratorio; essendo inalterabile legge fisiologica *non potersi attuare alcun movimento spontaneo* (1) *od alcun grado di contrattilità del cuore* senza l'influenza diretta della respirazione;

2° Che in certi casi di *sincope* e di *letargìa,* assolutamente non esiste al cuore alcun minimo e rado movimento; eppure trattasi di morte apparente: quindi l'immobilità assoluta del cuore è, siccome tant'altri, segno incerto di morte reale;

3° Che quand'anche, per ingiusta ipotesi, l'immobilità

---

(1) Dico spontaneo, giacchè colla pila galvanica potrebbesi nel morto apparente eccitare le contrazioni muscolari, non però in tutti i casi; ma queste contrazioni non sarebbero spontanee, sì bene procurate.

assoluta del cuore fosse di morte reale segno *ineccezionabilmente* certissimo, occorrerebbe che tutti i sanitari verificatori del decesso fossero istituiti di abilità stetoscopica non solo, ma più possedessero perfetta ed acuta sensitività acustica. Cotale abilità e siffatta perfezione di acustica non si rinverrà di certo in tutti i sanitari verificatori preaccennati; e, LA PRIMA, per mancanza d'istruzioni scientifiche speciali; e LA SECONDA, o per difetto costituzionale, per un motivo o per l'altro acquisito; sicchè molte volte accader potrebbe che si attuasse effettivamente qualche leggero e rado movimento di cuore e non fosse avvertito dall'ascoltatore per difetto organico stabile o precario del suo udito; o che punto non esistesse al cuore alcun leggero e lento movimento, e si trattasse tuttavia di morte apparente, come per es. ne'casi di *sincope* e di *letargìa*. E di siffatti casi sonosene verificati anche sotto i più esperti ed acuti stetoscopisti, per cui ancor dopo di non avere udito alcun movimento al cuore, l'estinto apparente da *letargo* o da *sincope* si riebbe.

Il fatto della convulsionaria *Violante Miniati* d'anni 66, morta apparentemente nel 1847, e portata, creduta ed esaminata estinta, alla chiesuola della Misericordia in Firenze, e poscia rinvenuta sbranatasi da sè stessa in quella camera mortuaria, è uno, dice bene l'egregio dottor LARI di Legoli, è uno dei tanti e tanti casì che dovrebbe far aprire gli occhi, e, più che questi, il cuore del medico filantropo.

L'altro fatto accaduto in Belgio nell'Agosto 1865, e citato dal *Iournal di Roubaix* in uno dei numeri dell'ultima metà di Agosto medesimo, ed in cui, sospettatosi di morte apparente, tentaronsi i mezzi di richiamo alla vitalità, per i quali tentativi, tornati inutili, fu constatato e confermato *dalle condizioni del cuore* il decesso,

tuttavia dopo molte ore il letargico, e precisamente all' atto di essere posto in fossa diede segno di vita, fu salvato e vive tuttora; questo fatto dovrebbe commuovere! Oh! ripeto: è pur giusta la legge belga, la quale poggia la constatazione del decesso sulla putrefazion cadaverica. Ecco a proposito il testo del processo verbale dell'atto del verificamento. « *Ie déclare que le décés est constant* « *d'après les signe suivant:* LA PUTREFACTION SE « RÉPANDANT SUR LE TEGUMENTS ABDOMINAUX. » Ogni medico coscienzioso e filantropo dovrebbe chinare il capo innanzi questi fatti. E non mi si venga a parlar d'ago conficcato nel cuore, che qualora non muovisi attesta la morte reale; non mi si stabilisca il tempo oltre cui non battendo il cuore si possa *infallibilmente* giudicare di morte reale; giacchè, chi vi può assicurare che, mentre il cuore — per osservare in analogia del precitato esperimento — non si muova affatto, quel corpo però non viva attualmente? Ovvero, che quand'anche il vostro udito vi assicuri che il cuore non muovasi, e corso oltre il termine perentorio, creduto bastevole a determinarvi e ad assicurarvi nel giudizio, a questo vi pronunziate supponendolo, anzi ritenendolo infallibile; chi vi assicura, ridico, che quel viscere assolutamente non si muova, e crediate fermamente non si muova, solo perchè voi, e siate pure esercitatissimi ed acutissimi ascoltatori, non lo sentiate muovere! Ma chi dice a voi, che Natura non possa avere movimenti inconcepibili ed insensibili dall'umano orecchio! Per esempio, come noi non arriviamo minutamente a comprendere per consecutivo progresso di momento in momento, e così ad accorgerci dello sviluppo vegetativo degli esseri organico-vegetali che vediamo ingrossare e crescere senza avvertirne, mi si permetta dire, *ritmicamente* il progredimento; non potrebbe darsi che la circolazione ed il movimento del

cuore godessero di un grado di attività, inavvertibile da noi — che pur tante cose non perveniamo e non perverremo mai ad avvertire — ed avessero ugualmente ragione i fisico-fisiologi ed i chimico-organicisti di asseverare, come, dopo cinque minuti da che il cuore non muovasi, che è quanto dire non contraggasi, il sangue si coaguli, e di necessità spengasi per ciò la vita? Sta bene ch'essi opinino che il cuore non muovasi o non pulsi, ma son eglino veramente in potere e da tanto di conoscere dei movimenti e delle contrazioni del cuore tutto il graduale attuamento, tutte le varie intensità? E, trattandosi, in questo estremo dell' ESSERE fisico-umano, di pura vita di vegetazione, chi vi assicura o PRETENDENTI SENTENZIATORI che la vita dell' uomo non somigli — a quel punto — la vita pura e semplice della pianta? Ma perchè, come volete darvi a conoscere investigatori così acuti, penetratori così sottili, non potete per esempio valere altrettanto per decifrarmi, in qual modo dinamico — chimico il solfato di chinino tronchi la febbre periodica, e CHE sia essenzialmente la peste del secolo, il cholèra? E così per dirne due delle tante cose che potrei chiedervi!

Siamo giusti ed onesti: la pretensione di volere stabilire l'esistenza della morte reale, prima che n' apparisca l' unico segno certo preaccennato, è pretensione orgogliosa e vana. Perchè, quando abbiam giudicato *morto reale* taluno, non attendiamo di ottener la prova di questa realtà da noi sentenziata; la quale prova consisterebbe nello aspettare che dia segno di sè la putrefazione; ed invece si manda il morto alla tomba, e colà nasca ciò che sa nascere *et amen?* Unica prova per noi che il morto era morto realmente, sarebbe quella che di sotterra non fecesi strada e non tornò a noi! E noi, con tutte le nostre forze di uomini sani e robusti, domando io, se fossimo inchio-

dati in cassa, e posti distesi sotto un tre o quattro piedi di terra pigiata, avremmo la forza di scuoterla e di sbarrazzarcene? Dirò in fine che noi, non potremo giammai definire la condizione reale di morte, fintantochè non perverremo a saper definire CHE SIA ESSENZIALMENTE LA VITA. La vita dice giustamente PASCAL « è cotal « cosa, cui non è dato che all'Artefice Supremo cono- « scerne il segreto ».

Torniamo ora alla differenza tra morto e cadavere. E quantunque, relativamente a quest'ultimo vocabolo, non si trovi etimologia dal greco, nè sicura dall'arabo antico, dal persiano o dal sanscrito; ricordo però che tra alcuni popoli orientali la parola *Kadàr* esiste, e vale a significare *corpo che tramanda odore cattivo.* Il dizionario grande della Crusca, compilato sui testi di lingua, ammette a proposito l'aggettivo *cadaverico* definendolo per *ciò che tramanda odore simile a quello del cadavere.* Dunque si riconobbe e si riconosce nel cadavere un odore *sui generis,* che non debb'essere dell'infermo o dell'individuo il quale trovisi morto in mezzo ad odori cattivi, dipendenti da morbi speciali o da sostanze escrementizie ecc. Il cadavere ha un odore particolare; e sfido che non l'abbia, perchè è appunto *quello* che deriva dalla decomposizione chimica, causata dalla sparizione o dalla cessazione della forza vitale. Ed ecco anche da ciò un dàto persuasivo novello circa la giusta differenza di morto e di cadavere.

Dopo tutto questo non mancherà chi ingenuamente ed anche tra i dotti e gli onesti non siasi persuaso della giustezza della differenza da me esposta e propugnata; e dovrò derivare il fatto dalla pochezza e dall'insufficienza mia, delle quali avrò ragione di dolermi sommamente. Ed è a cotesti dotti ed onesti ch'io chino ùmil la fronte, e cui dico: esposi francamente l'opinion mia, avendo

chiesto anzi tutto la libertà di argomentarne e di sostenerla. Ed appunto, nel dubbio che il mio parere non fosse giustissimo, proposi di aggiungere il vocabolo aggettivo di *presunto* a quello semplice e sostantivo di *morto*.

Ma troverò altri oppositori alla *differenza* da me pure stabilita, i quali la contrarieranno con sorda tenacità che potrebbe forse derivare o da deficienza di rigido senso filosofico se non semplicemente di senno, o da mancanza di cuore, qualora siffatta sorda tenacità non emergesse da sentimento di opposizione istintiva o sistematica.

È l'amor vero che sento dell'uomo che mi fa dilungar nella discussione, e per cui vo' a confidarla al buon senso del pubblico ed alla soda sapienza degli scienziati, se non riuscirò cogli artisti, in medicina.

Gli oppositori dicono ed affermano: *non accettiamo la differenza, perchè cadavere e morto sono sinonimi. Il morto quindi è cadavere, e cadavere è il morto!!* È presto detto! Però gli oppositori conoscono, e per forza, due stati di morte, l'uno *apparente* l'altro *reale*. Ma osservo io, o signori oppositori: se vi si dimanda da alcuno — come fa la legge nell' atto del verificamento del decesso — « sappiatemi dire in modo positivo se questa o « quella sia morte reale od apparente ». Come farete a distinguerla? Se volete essere coscienziosi e se vorrete essere imparziali da ammettere giusto tutto quanto ho sopra espresso relativamente *al potere* della Scienza in circostanze siffatte, dovrete convenire non potere positivamente e sicuramente giudicare di morte reale, se non quando siasi manifestata o si manifesti l'unico segno certo di essa morte, e cioè la putrefazion cadaverica. *Ma bene*, voi rispondete e suggerite: *dite morte apparente, fintantochè non sia comparsa la putrefazione; e morte reale quando quella abbia cominciato ad attuarsi e ad apparire.* Ah! qui vi voglio! E vedete mo' evidente-

mente essere *gratuita*, e, se l'osassi, dovrei anche dire *insana* la vostra opposizione! Ma non v'accorgete che dicendo *morte apparente* fino a che comparisca la putrefazione, dite 999 mila sulle 1000 mila volte, ossia novecento novantanovemila volte contro *una* un errore; perchè, in quel maggior numero di casi, a mo' d'esempio, non è vero che trattisi di morte apparente, ma sì bene di morte reale; vale a dire, che non si tratti già di sospensione di vitalità, sì bene di cessazione di vita? E voglio offrirvi un caso opposto. Per esempio: per la legge nostra attuale sullo Stato Civile, non comandando già che si aspetti la comparsa dell' incominciamento della putrefazion cadaverica per attuare il seppellimento dell' estinto, avviene che, adempiutosi all'art. 61° del regolamento di essa, il qual articolo prescrive di non potersi eseguire seppellimento se non dopo 24 ore dalla denunzia di morte, ne' casi ordinari; e dopo 48 ore nei casi straordinari; avviene, dico, che la maggior parte dei morti si seppellisca, e specialmente in inverno, senza che sia apparso il cominciamento della putrefazione, vale a dire in condizione, ossia in istato *non ancora certo di morte reale*, e malgrado questo vero, *attestata condizione* di *morte reale* dal verificatore del decesso, il qual verificatore a quella attestazione è costretto in certo qual modo dalla legge, che senza quella attestazione non rilascia l' ordine per alcun seppellimento, e che d' altronde, entro quel cotal tempo permette, con soddisfazione della maggior parte delle famiglie, che di siffatta concessione non esita di profittare. Oh! sublimi menti legislatrici!!

Ed affermata in cotal guisa la cosa, supponiamo che verifichisi ciò che altra volta accadde, che cioè l' estinto manifesti segni di morte apparente, e perciò, aiutato e soccorso, riacquisti la vitalità, da che in esso non era spenta la vita: come allora chiamerete quel morto, ossia come mo-

dificherete il vostro giudizio? « *Che l' individuo non era morto* ». Egli è questo per verità un giudizio a buon mercato! Ma voi diceste ed attestaste quell' uomo *morto reale!* « *Sbagli accadon a tutti,* » e specialmente, voi mi osserverete, ai medici, cui sta sempre a proposito il detto di *Solone* « esser la più bella tra le carriere, quella del « medico; perchè il sole ne rischiara i suoi successi e la « terra ne cuopre i suoi errori ». Dio avesse voluto che tra questi non si potesse in coscienza contarsene alcuno di quelli di aver mandato un vivo al sepolcro! Ma in sostanza come appellereste STATA la condizione di quell' estinto? « *Apparente* ». E sempre qui; e grazie! Ma l' avevate detta reale!! « *Naturalmente, non trattavasi « che la morte fosse derivata da quelle cause, le quali « avrebber potuto dar luogo od alla morte apparente « in generale, od a quella speciale, riconosciuta sotto il « nome di* ASFISSIA ». Sta bene tutto questo: ma voi avete sempre commesso un errore; il quale, se non è colpevole per voi nè per la scienza, farà però torto all' uno ed all' altra. Ma se invece aveste detto *semplicemente* MORTO o *morto presunto quell' individuo,* non avreste con ciò risparmiato un errore in società civile, e non avreste garantita la dignità vostra?

E per vero: dicendo semplicemente *morto* l' estinto che non è ancora in putrefazione, non ammetto nè nego l' uno o l' altro stato *apparente* o *reale* di morte, *inqualificabile* in quest' ultima condizione, per la mancanza di quel preaccennato unico segno certo di morte reale; e lo dirò semplicemente morto, siccome è infatti, perchè non dà segno di vita; ed anche solo colla parola *morto*, lo contemplo, siccome può essere, o reale ed apparente; e perciò, e massime nei casi suespressi, finchè non apparisca il suddetto unico segno certo di morte, non lo fo

seppellire; ben inteso che, nel dubbio razionale di morte apparente, tenterei ogni mezzo di richiamo alla vita.

Se adunque, siccome è dimostrato, la parola *morto*, SOLA non esprime la qualificazione dello stato mortale dell'uomo, il quale stato dividesi in *apparente* ed in *reale;* se perciò, per definire qualificativamente uno di questi due stati di morte occorrono a volta loro gli aggettivi di *reale* o di *apparente;* se la Scienza non vale e non può stabilire con sicurezza sempre positiva la condizione di morte reale prima che si verifichi l'incominciamento della putrefazion cadaverica; se le leggi umanitarie e civili non potrebbero, in generale, permettere seppellimento prima che si fosse manifestato il suddetto SEGNO CERTO di morte reale; se è provato abbastanza e letterariamente e filosoficamente che la parola *morto* può riferirsi e si riferisce di fatto indifferentemente allo stato di morte apparente e di morte reale, e che invece quella di *cadavere* razionalmente esprime, in modo proprio, di morte reale la condizione e lo stato; e se in fine, secondo la maniera di vedere particolare individua — che emanerà dal minor numero — non lo esprimesse, sarebbe bene ed ottima cosa adottarlo per indicare questo stato medesimo, e così giovare al perfezionamento della legge sullo STATO CIVILE, e così prevenire dell' uomo la più terribile e crudele delle sventure, quale sarebbe quella di venir sepolto in istato di morte apparente; dietro tutti questi riflessi io penserei DOVERE SACRO di ogni medico accordarsi di accettare questa ragionevole, umanitaria e positiva distinzione, concetta dal filantropo THIERRY, e ch' io a pieno cuore mi fo a propugnare ed a proporre, così per proprietà linguistico-filosofica, siccome per carità e per coscienza di medico. E penserei la si accettasse siccome mezzo, ripeto, a stabilire una linea di

demarcazione sicura, per norma del tempo che sarebbesi in dovere di attuare i seppellimenti.

E così, ch' io m'abbia pure ogni male possibile, se vero non sia che vivo ed esclusivo sentimento di filantropia e di carità, di cui non mi fo vanto ma dovere, mi animò al sostenimento di questa opinione! Al quale effetto, alcuno potrebbe osservarmi non a torto, *ch'io m'avrei potuto contenere in molto minori parole.* Concedo giusta la riflessione dal lato assoluto, ma non già da quello relativo. Con questa specie di discussione mirai persuadere i colleghi miei; e tra essi, per quelli che sono veramente sapienti e di cuore, so bene che poche parole avrebber bastato. Ma, li rinverrò tutti così? Vorrei sperarlo. Se ciò non accadesse? Allora avrei fatto bene di essermi valso di una discussione stringente per qualità di argomentazioni, ma larga per forme e per prove e controprove, e così avrei forse spiegate e dilucidate le cose per modo, che, in luogo di que' medici, i quali, non oserò dire non mi sapessero, ma non mi potessero o non mi volessero intendere, trovi SAGGI e BUONI anche fuori della medica classe, che giudicar possano in principio ed in merito per CHI STIA la ragione od il torto.

IV.

Da medici filosofi de' più antichi tempi si distinse una qualificazione di morte, appellata *naturale:* e sino a noi non hanno mancato nè mancano altri chiarissimi, i quali non l'ammettano. Quando però, nel Gennaio dell'anno corrente, venni a pubblicare per conto di quest'Uffizio di Stato Civile la statistica delle morti avvenute in quel mese, vi ebbero taluni che, alla espressione di *morte naturale* non sapevan persuadersi della giustezza del titolo; sicchè meglio avrebbergli sostituito l'altro di *marasmo senile.*

Non esitai di dilucidare a quel proposito i pensamenti miei; cotalchè i saggi e gli onesti convennero meco. Ed ecco l' incentivo che mossemi al concetto ed alla formazione del *quadro* che vengo pubblicando, ed a cui premetto alcune, ch'io reputo giuste, osservazioni.

In detto *quadro* esposi della *morte naturale l'antitesi* propria nella *morte accidentale.* Che se entrambe queste morti sono ivi con tutte le altre definite; lo sono però in guisa meramente *sintetica:* ond' è che qui nelle definizioni loro è uopo motivarle analizzandole. Ed anzi tratto occorremi illustrare la morte naturale, e poscia raffrontarla col *marasmo senile*, con cui, da chi si usa prender le cose all'ingrosso, suolsi in molti casi confondere, e in molti altri coll' *apoplessia,* perchè appunto avvenuta la morte pressochè all' improvviso. L'autopsia cadaverica però ne rassicurerebbe di morte naturale, perchè d'apoplessia non presterebbe dàto necroscopico qualsiasi.

V.

Sarebbe superfluo avvertire a chi abbia fior di senno, che di morte naturale non muoiono se non taluni degl' individui vechissimi; e che, per morire, occorre necessariamente una causa, la quale oppongasi al continuamento del vivere. Se non che, la causa che toglie all'uomo la vita prima ch' egli abbia compiuto la sua naturale evoluzione vitale; ovvero, prima che abbia corso naturalmente la paràbola delle varie età, e prima perciò ch'ei sia entrato nella decrepitezza; è CAUSA ACCIDENTALE derivante da cagioni nemiche, esterne od *idiosincrasiamente* od *acquisitamente individue* ecc.; mentre può darsi all'incontro che, pervenuto l'uomo alla decrepitezza, CAUSA NATURALE sia quella che produca in esso la morte, che quindi la filosofia della Scienza medica ed

il naturalista riconoscono per MORTE NATURALE. Vale a dire, morrà di morte accidentale colui che per morbosità assolutamente fisico-patologiche muoia vecchio o non vecchio; mentre, nel secondo caso, avrebbe alla vecchiaia potuto pervenire se non fosse stato colpito da alcuna o da varie delle preaccennate morbosità; quando poi il decrepito che muore di morte naturale è quello, al quale, supposto anche non abbia morbosità comunemente detta fisico-patologica, dalla legge di natura non è permesso protrarre più oltre il viver suo.

E gli scienziati VERI ammettono casi di questa morte in coloro, al par di tutti gli altri uomini predestinati a morire, vivon longèvi e muoion decrepiti, ed a motivo che il tempo, per LEGGE DI NATURA, scema e grado grado consuma in essi la potenza vegetativa: consumazione che preparasi, lavorasi e si compie indipendentemente da nemiche e MORBOSE ACCIDENTALITÀ esterne od *idiosincrasiacamente* od *acquisitamente* individue; sì bene per la inerzia NATURALMENTE PROGRESSIVA in cui va volgendo e riducesi l'umano organismo, dopo che pervenne all'acme del suo vigore; ossia per il declinamento e l'annientamento naturale delle sue forze vegetative; sicchè esso possa paragonarsi alla lucerna che spegnesi quando non abbia più olio che ne alimenti la combustione. Epperciò; l'individuo decrepito, il quale, senza FENOMENI propriamente detti MORBOSI PRECEDENTI ed ATTUALI, APPARISCENTI E RIMARCABILI, IN PIENA INTELLIGENZA E PARLANTE, A UN TRATTO BREVISSIMO MUOIA PACIFICAMENTE E SERENAMENTE, SENZA DOLORI, SENZA MOVIMENTI CONVULSIVI E SENZA ANGOSCE; MUORE razionalmente parlando, DI MORTE NATURALE: imperocchè, cessa di vivere non già per morbosa potenza, sì bene per legge di tempo, il quale a tal fine predispose e condusse RE-

GOLARMENTE i sistemi dell'umano organismo a quelle alterazioni NATURALMENTE conseguenti, che poi arrivano al grado ed al punto di rendersi a volta loro incompatibili colla vita, e che derivano da leggi inevitabili della NATURA rispetto la MATERIA, INDIPENDENTEMENTE da malattie propriamente dette. E in fatti, MALATTIA è ciò che altera l'ORDINE NATURALE dell'umano organismo, ch'esso, come elevasi a vigore e vi rimane, così ne declina; essendochè, la vita organica, astrattamente da malattie, può NORMALMENTE avere siccome il giorno, l'aurora, il meriggio ed il tramonto.

VI.

Detto così esplicitamente e persuasivamente della MORTE NATURALE, vengo a raffrontarla col marasmo senile, provando quanto quella disti e sia differente da questo.

Il marasmo senile è diverso assai dallo stato di quegli che, giusta le osservazioni premesse, muoia nella guisa anzi descritta e propriamente di MORTE NATURALE. Imperocchè, QUESTO muore in brevissimo tratto di tempo senza sofferenza alcuna; mentre COLUI che muore per marasmo senile, già videsi e si sentì sofferentemente consumare; e le pene di questo suo stato ebbero durata lunga più o meno, oltre che, di spesso, prima della vita, perdè l'intelligenza. Sicchè la MORTE NATURALE è la FINE più o meno immediata od anche istantanea dell'uomo decrepito, il quale, a norma di quella età sua, nulla soffriva rimarchevolmente e senzientemente; quando invece la MORTE PER MARASMO viene a corso più o meno lento, ed apporta o costituisce un numero più o meno grande di pene fisiche. QUESTA MORTE, quantunque in soggetto vecchissimo, non è più MORTE da causa NATURALE ma da causa PATOLOGICA, ed appartiene alla categoria delle morti accidentali, es-

sendochè IL MARASMO SENILE, siccome qualunque altra affezione morbosa possibile nei vecchi, È CAUSA PATOLOGICA DI MORTE, quindi è una di quelle cause di morte che non sono ESSENZIALITÀ dell'umana natura; mentre la MORTE NATURALE deriva per ESSENZIALITÀ della natura stessa, e senza apportare o costituire sofferenze — propriamente dette — nell' individuo.

Ed in vero: la morte per marasmo senile è morte da *causa patologica,* quindi *non naturale;* dappoichè, in questa contingenza differenziale dobbiam considerar la NATURA nell' ESSENZIALITÀ sua propria e non nelle ACCIDENTALITÀ *nemiche morbose* che ponno colpirla. A maggior prova della giustezza di questa argomentazione annoterò finalmente, che, qualora si volesse erroneamente sostituire alla caratteristica espressione di *morte naturale* quella di *marasmo senile,* farebbe d' uopo riconoscere per morte naturale quella ancora che deriverebbe da marasmo infantile (1); sicchè, anche a due anni, potrebbe l' uomo perire di *morte naturale!!!*

---

(1) E poi ad augurarsi non si confonda il *marasmo infantile* colla *inanizione,* dappoichè passa grande differenza da quello a questa. Imperocchè, *quello* è la consumazione e l'estinzione dell'organica vegetabilità, ossia l'eccessiva magrezza del corpo, la quale deriva da uno o da altro morboso processo accidentale, contro cui non valgono più gli alimenti o la somministrazione di questi nella quantità più normale e nella qualità più nutriente; mentre l'inanizione, deriva del pari da consumamento e da estinzione della vita vegetativa, ma — indipendentemente da causa propriamente detta morboso-accidentale — da insufficienza o da cattiva qualità o da mancanza assoluta di alimento, quindi nè più nè meno che da fame. Ecco perchè gli autori definiron a buon diritto l'*inanizione* siccome *cenosi, inedia, rifinimento* per mancanza di nutrimento. Si badi che dicono *nutrimento* e non *nutrizione,* e cioè dicono della causa della nutrizione e non dell'effetto del nutrimento che è la nutrizione stessa. In sostanza riguardano l'*inanizione* siccome la conseguenza della mancanza del cibo ossia dell' alimento necessario all' esistenza. E mai potrà dirsi con giustezza *inanizione*, in fuori

L'inconseguenza e la fallacia dell'applicamento di cotal vocabolo qualificativo emergon di per sè ad evidenza, onde non faccia d'uopo discussione o dimostrazione ulteriore.

VII.

A prevenire poi che mi si appunti siccome impropria la qualificazione aggettiva che appresto col vocabolo *ordinario* alla morte *accidentale;* mi permetto a buon diritto le osservazioni seguenti.

ORDINARIO è ciò che, in quanto a fatti, accade *similmente in maggior numero o quantità,* e più *comunemente;* ed è in questo caso l'opposto di *violento,* per-

——

del caso in cui il malato o sia in *inanizione* per mancanza di cibo, od avendone, non possa per causa sconosciuta inghiottirlo.

Ed è qui poi che dovrebbesi contraddistinguere l'*inanizione* in *assoluta,* qualora derivi dalla mancanza essenziale del cibo o dell'alimento, e in *relativa* quando il malato non possa usar dell'alimento per difficoltà od impossibilità di deglutirlo, e quindi, malgrado ogni rimedio alimentare introdottogli per l'ano, giunga a morte. E ciò perchè nel primo caso, ossia l'inanizione assoluta, è ad annoverarsi tra le morti accidentali *violente*, nel secondo non lo si potrebbe, giacchè l'inanizione non deriva già da causa che possa evitarsi nel suo effetto col cibo da darsi a tempo, ma è conseguenza di altra malattia, che opponesi alla introduzione del necessario alimento nello stomaco.

Che se l'*inanizione relativa* dovesse essa pure annoverarsi tra le cause di morte accidentale-violenta, a quelle sarebbero da aggiungersi tant'altre, per le quali verificasi in certo qual modo l'*inanizione* — indipendentemente da mancanza di cibo e da ostacolo meccanico ad introdurlo nello stomaco — per una serie numerosissima di mali che, in genere, tolgono al malato di ricevere il nutrimento. E così filosofico-razionalmente, come filosofico-positivamente, la vera causa violenta immediata della morte o della malattia che poi a morte conduca, *quella* è, che agisce per sè stessa direttamente, ossia *idiopaticamente*; che quindi è causa di morte o di mortale malore e non già l'effetto o la *simpatia* di altra causa morbosa qualsiasi.

chè esso è ciò che, in quanto a fatti di morte, avviene *più raramente* ed in minor quantità, e, rispetto al numero stesso, *straordinariamente:* per cui avrebbesi anche potuto dire, anzichè *morte accidentale, morte straordinaria,* se però non fosse meglio dire *violenta* addirittura la morte *accidentale* che emerga da cause *traumatiche, chimico-deleterie ecc.;* e perchè nominandola subito COSI' spiega immediatamente la propria qualificazione.

E qui è mestieri distinguere la morte ORDINARIA e STRAORDINARIA in *senso medico,* dalla ORDINARIA e STRAORDINARIA in cotal guisa contraddistinta nei casi suoi dalla legge sullo Stato Civile rapporto al verificamento del decesso.

Infatti, la distinzione di morte *ordinaria* e di *straordinaria* in senso medico riferiscesi esclusivamente alla diretta ed assoluta qualificazione della morbosità, che, o tra le più frequenti in genere e complessivamente, o tra le più rare rispetto gli avvenimenti mortali, produsse appunto la morte; mentre, nel *senso legale* preaccennato, riguarda la condizione speciale possibile dell'estinto, vale a dire QUELLA per cui può essere morto *apparentemente* o *realmente;* ed a norma di questo *stato* o *condizione* che, esclusivamente in fuor del fenomeno della putrefazion cadaverica, è soltanto *razionalmente* presumibile, la legge provede, facendo che, ne' *casi ordinari,* e cioè di morte da cause ordinarie, vale a dire più comuni, ed in cui difficilmente potrebbe darsi lo stato di morte apparente, il morto non sia sepolto prima di ventiquattro ore dalla denuncia ufficiale di avvenimento siffatto; e nei casi *straordinari,* ossia di morte da quelle cause straordinarie che potrebbero dar luogo alla morte apparente, non si dia sepoltura all'estinto se non dopo quarantott' ore dalla denuncia ufficiale della morte in lui avvenuta. Vedasi adunque qual diverso significato ab-

biano in questi due casi gli stessi identici vocaboli di *ordinario* e di *straordinario,* e per cui, nel classificare le morti, siasi a quest' ultimo propriamente sostituito quello di *violento.*

VIII.

Discusse pertanto le cose nella guisa suesposta, credo non andare errato se mi fo a stabilire due categorie precipue e differenziali di morti, formanti così un antitesi perfetta, costituita cioè dalla *morte accidentale* e dalla *morte naturale*, considerando l'*una* opposta affatto all' *altra.* E mentre poi la morte naturale non ha varietà, perchè essa deriva da una causa sola, che è il *tempo*, oltre cui non può portarsi la vita dell' uomo; così invece la morte accidentale ne ammette, perchè essa può per varie cause attuarsi. Sicchè a questa morte denno attribuirsi divisione e suddivisione, quelle cioè espresse nel quadro qui in fine tracciato.

IX.

Dopo il fin qui detto, farebbe pietà davvero che fossevi poi CHI, pretendendo *scuoprir il pelo nell' uovo,* si opponesse alle verità da me, quantunque in brevi termini, dimostrate. Egli paleserebbesi tanto *povero di spirito* quanto di filosofia nella Scienza medica, da acquistarsi il diritto di essere annoverato tra la gente di quella tèmpera, *cui si fa notte innanzi sera.*

CLASSIFICAZI

MORTE ACCIDENTALE (1)

È quella che si verifica, non per necessità di natura, vale a dire non per NATURALE progressivo decadimento vegetativo dell'organismo; ma per morbosità propriamente detta in senso patologico, o per altre cause nemiche propriamente dette in senso fisiologico; e negli individui non ancora pervenuti a decrepitezza, quindi di qualunque età prima di quella, e ne' decrepiti stessi.

« **ORDINARIA** (2) che
esterne
quisitar
tement
« **VIOLENTA** che deri
co-dele

« « **Volonta**
« « **Involon**

(1) ACCIDENTE è ciò che non è essenzialità, ciò quindi che non derivò per

(2) ORDINARIO è ciò che, in quanto a fatti, accade similmente in maggior

(3) Il morto da marasmo senile non è morto di morte naturale. V. pag. 33

LLE MORTI

da cagioni nemiche
ncrasiacamente od ac-
due ecc. indipenden-
violenza.
traumatiche o chimi-

rivò da reato commes-
sè stesso o da altrui.
rivò da casualità os-
ndipendentemente da
o da proposito uma-
da umana azione.

MORTE NATURALE

È quella che avviene in alcuni individui vecchissimi, ne' quali, non per accidentali morbosità propriamente dette in senso patologico, nè per altre cause nemiche propriamente dette in senso fisiologico; ma per naturale progressivo decadimento, gli organi, compiuta la parabola del vigore rispettivo alle varie età, sonosi andato naturalmente alterando; e fino a cotal grado, da rendersi incompatibili col proseguimento ulteriore della vita: la quale, in relazione alla buona o migliore od ottima robustezza di costituzione fisico-individuale — percorse le sue fasi regolarmente — tocca per legge di natura, insita nella materia, la catastrofe inevitabile della mortalità (3).

---

ecessità di natura.

tà, e più comunemente.

In risposta alla Nota critica sul morbo d'Addison pel Dott. *Ferdinando Verardini.* — Considerazioni del Dott. *Eduardo Vecchietti* (1).

Le discussioni scientifiche perchè riescano utili ed efficaci devono essere condotte con calma e dignità, perchè da esse scaturisca quella viva luce, che rischiara alla mente il cammino del Vero devono essere scevre da appassionata violenza e da personali rancori, sentimenti, che offuscano l'intelligenza, fanno travedere o svisare i fatti, e fanno commettere grossolani errori di raziocinio.

Consentaneo a questo principio nell'accingermi, onorevoli Colleghi, a rispondere alla Nota critica sulla malattia d'*Addison* letta dall'onorevole sig. Dott. *Ferdinando Verardini* nella seduta del 4 Settembre scorso di questa Eccelsa Società Medico-chirurgica, io passerò sopra ad alcune espressioni ed insinuazioni a mio carico nella medesima nota contenute, nè terrò conto del tono di ammonizione, col quale vennero pronunciate. Io andrò diritto all'argomento, che ci occupa, e nello stabilire nettamente i fatti, nel combattere le opinioni, a parer mio, non accettabili, nel denunziarne gli errori userò la stessa franchezza, la stessa indipendenza, che usai nella mia Memoria sulla malattia d'*Addison*, quando ebbi a giudicare i fatti e le teorie non gli uomini, verso i quali non credo aver mancato in nessuna guisa del dovuto ossequio. E comportandomi di tal maniera io confido di non meritare la disapprovazione di tutti coloro almeno, che pro-

---

(1) Lette nella seduta scientifica, 11 Ottobre 1866, della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

fessano tolleranza, virtù molto pregevole in questo secolo della libertà di coscienza.

La malattia d' Addison dipende assolutamente dall' alterazione delle capsule soprarenali?

Ecco il primo dei tre quesiti, che l' onorevole Dottor *Verardini* si propone nella sua nota critica, e rispondendo a questa egli svolge una serie di argomenti, che ritiene validi a combattere la teoria da me sostenuta nella malattia d'*Addison*. E poichè prende la mossa dal riportarsi a quella sua Memoria pubblicata fin dal 1858, *sulla Nigrizie o Melasma con alterazione grave delle capsule soprarenali,* di cui trascrive *le deduzioni capitali, siccome quelle,* dic' egli, *che hanno incontrata l' approvazione tra i più chiari studiosi le cose mediche,* io pure comincierò dall'esaminare quelle sue conclusioni, e per essere sicuro di non trascurarne alcuna parte, le prenderò sott' occhio non quali ora le trascrive, ma quali si trovano nella Memoria originale, e vedrò se siano veramente *tali da stare tutt' ora colle idee oggi prevalenti sulla malattia d' Addison.*

L' onorevole Dott. *Verardini* dopo aver descritto un caso, in cui corrispondentemente al colorito bruno della pelle, alle macchie dello stesso colore sulla mucosa della bocca, al complesso dei sintomi propri della malattia d'*Addison* osservati durante la vita, si trovò alla necroscopia la più caratteristica alterazione delle capsule soprarenali, viene a concludere mostrandosi disposto a ritenere, che vi sia identità palologica fra il fatto da lui osservato e quelli riferiti dall'*Addison*, per la sola ragione del colorito bruno della pelle e dei depositi nerastri in alcuni punti dell' organismo, anzi che siano tutti quei fatti risultanza d' una analoga discrasi sanguigna, e che il proprio possa essere definito, *un deposito di carbonio nel tessuto cellulare, quale effetto d' alterazione umorale sanguigna.*

Ma andiamo avanti e sentiamo quale concetto egli si fosse fatto sulla malattia bronzina in genere, e con quali parole ce la esprima: « Abbraccierei volentieri quindi « l'opinione, aggiunge il *Verardini*, che la malattia bron- « zina, la nigrizie stessa o melasma che vogliam dire, la « Pityriasis nigra non siano altra cosa, in quanto ad in- « dole materiale della forma morbosa, che una deposi- « zione di nero pigmento o carbonio, qualitativamente o « quantitativamente alterato per cambiamenti chimici « qualitativi, o quantitativi. E la ragione di questa for- « ma morbosa, lo ripeto, dovesse consistere in una di- « scrasi primitiva o secondaria dell'ematosi. »

Da queste parole ad ognuno apparisce chiaramente quanto il concetto del Dott. *Verardini* sia indeterminato, e quanto inesatta ne sia l'espressione. Anzitutto vi si incontrano usati come sinonimi parecchi nomi, che in patologia stanno ad indicare affezioni affatto diverse. Divero tutti gli autori, che hanno trattato per esteso della malattia bronzina nella diagnosi differenziale danno i caratteri, che la distinguono dalla nigrizie, dal melasma, dalla pityriasis nigra.

Martineau dice, che la nigrizie soltanto potrebbe lasciare un po' in dubbio, quando sopraviene dopo la nascita e si mostra generale o parziale, ma presto soggiunge colle parole di *Bazin:* che la nigrizie non è mai che una semplice deformità, e come tale non ha influenza nociva sull'organismo. In quanto al melasma gli pare impossibile che possa confondersi colla malattia bronzina, essendo quello caratterizzato da una colorazione nerastra accidentale e passaggiera della cute, e specialmente dell'epidermide, colorazione che occupa una o più parti del corpo e che è seguita quasi sempre da una desquamazione. Per la pityriasis nigra crede inutile insistere oltre. Anche il *Valerani*, tanto e con molta ragione lodato dal

Dott. *Verardini*, afferma, che se il melasma, la nigrizia, la pityriasis nigra, possono pel loro carattere esterno a primo tratto indurre in inganno, questo cesserà tostochè si ponga mente a che tutte, essendo piuttosto semplici deformità cutanee, non sono accompagnate dal minimo sconcerto nell'intera economia. Dunque non si può per designare la malattia d'*Addison* usare indistintamente uno di quei nomi.

Ora passando dal nome alla natura della malattia è difficile intendere cosa voglia dire il Dott. *Verardini* coll'*indole materiale della forma morbosa* che fa consistere in un deposito di carbonio o pigmento nel tessuto cellulare, avente la sua ragione in una *discrasi primitiva o secondaria dell'ematosi*. Pur anche sforzandosi di penetrare nel suo concetto, dunque per lui la malattia bronzina consiste nel solo deposito di carbonio o pigmento come manifestazione estrinseca, e nella discrasia dell'ematosi come alterazione anatomico-patologica?

Ma in primo luogo il carbonio è una cosa ben diversa dal pigmento; ognun sa che il carbonio è un corpo semplice, che entra come elemento tanto nella natura inorganica quanto nell'organica, mentre il pigmento è un prodotto elaborato dall'organismo mediante una serie d'atti fisiologici, ed è composto per la massima parte di una sostanza organica speciale detta *melanina* e pel rimanente di principî immediati azotati e non azotati. L'analisi chimica fatta da *Schmidt* di diverse qualità di pigmento di morbosa produzione mostrò che il più ricco di carbonio ne contiene circa un 73 per cento, e che il pigmento fisiologico non ne contiene che 58 per cento. Il pigmento poi nella malattia bronzina non si deposita nel tessuto cellulare, ma in quello strato della cute, chiamato reticolo *Malpighiano*, e secondo gli ultimi studi del *Virchow* ancora nel derma propriamente detto, mas-

sime nei suoi strati superiori, inoltre nelle papille e nel contorno immediato dei vasi, disposizione che si osserva eziandio nella pelle dei mulatti.

Infine una discrasi dell'ematosi non può darsi. Per ematosi s'intende comunemente il processo di sanguificazione, quell'atto fisiologico complesso, pel quale coll'intervento degli organi cosidetti emato-poietici il sangue continuamente si rifà dei materiali, che la vita consuma. Or bene come può un processo, un atto fisiologico andar soggetto ad una discrasia?

Ma ritornando al concetto contenuto nella conclusione dell'onorevole Dott. *Verardini* perchè si fa egli carico soltanto della colorazione della pelle? è questa forse l'unica e la più importante manifestazione della malattia? e forse ad essa che vanno attribuite tutte le gravi sofferenze di quegli infermi? non vi sono altre manifestazioni più gravi, che da *Addison* fino ai giorni nostri furono notate da tutti gli autori, e che nel caso da lui osservato pur non mancarono? non vi è l'assoluta perdita delle forze, l'estremo abbattimento morale, l'indebolimento dell'attività cardiaco-vascolare, l'anoressia, il vomito ecc.? E tutti questi importanti fenomeni da che dipendono? Dalla discrasia, egli risponde, primitiva, o secondaria. Cos' è questa discrasia primitiva, in che cosa consiste? e se è secondaria, di quale alterazione è secondaria? Il mio oppositore passa sopra alla questione, contentandosi di asserire ipoteticamente senza tentare alcuna dimostrazione di fatto.

Da tutto quanto finora vi ho esposto non vi par giusto, egregi colleghi, quanto io affermava sulle conclusioni della Memoria già pubblicata dall'onorevole dottor *Verardini?*

Nel caso che forma soggetto di quella Memoria si trovò alla necroscopia una grave alterazione delle capsule

soprarenali, anzi questa fu l'alterazione precipua che si riscontrò in quel cadavere, giacchè per quanto grave fosse l'alterazione osservata nei bronchi, non era tale da poterle attribuire i fenomeni presentati dall'inferma durante la vita, ed era piuttosto da ritenersi una tardiva complicazione.

Era adunque assai più razionale riguardare l'alterazione delle capsule come il processo patogenetico di quel caso morboso, sostituendo così un fatto dimostrato ad una pura ipotesi, ed ottenendo per esso migliore spiegazione di tutti i fenomeni osservati.

Il dott. *Verardini,* fermo nel suo primo concetto, rigetta una tale spiegazione colle seguenti parole: « Non « è egli vero che nella clorosi, negli infarcimenti epato- « splenici per febbri miasmatiche, nella diatesi tubercolare e cancerosa, malattie tutte, in cui vi ha alterazione della crasi sanguigna, si riscontra nella pelle un « colorito speciale? A che dunque cercare nelle capsule « soprarenali la causa del cambiato colore della cute, « mentre abbiamo fatti notorii, che ci conducono ad una « più accettabile spiegazione? — Ed a vero dire non ripugna alla mente il ritenere che organi per sì lungo « tempo rimasti inosservati, la di cui funzione fu sempre « ed è tuttora un mistero, possano essere capaci di modificare in modo l'organismo da portar tanto danno? « — E poi come spiegare le cose da me discorse relativamente alle alterazioni morbose, ed alla stessa mancanza delle capsule atrabilari, senza che ne sia avvenuto cambiamento di colore nella pelle, o la morte dell'individuo? »

Alla prima parte risponderò colle parole dell'egregio Dott. *Severini* tolte dalla confutazione che ne fa nella sua eruditissima Memoria sulla malattia di *Addison:* « Il « paragone, egli dice, posto innanzi con altre malattie,

« ove osservasi un certo cambiamento di colorito della
« pelle, non ha alcun valore; 1. perchè in alcune di esse
« non è provato, se veramente la formazione del pigmen-
« to debbasi a spese dell'ematina del sangue di tutta la
« grande circolazione, oppure, come sembra più probabi-
« le, di quella soltanto venosa del basso ventre (febbri
« periodiche, cachessia paludosa), 2. perchè in talune al-
« tre malattie, colle quali si pretese trovare una analogia
« (clorosi, tubercolosi, cancro ecc.), non si produce in
« realtà un pigmento, che infiltri gli strati inferiori delle
« cellule malpighiane a contatto delle papille, come ciò
« avviene nella vera malattia d'*Addison*, ma i diversi
« coloramenti della pelle, che vi si possono osservare, di-
« pendono per lo più dalla maggiore o minore abbondan-
« za e distribuzione del sangue nelle anse capillari delle
« papille, dalla maggiore o minore atrofia dello strato
« epidermico o dermico, dalla secchezza e opacità delle
« cellule cornee, non che dalla maggiore o minor pro-
« porzione dei globuli rossi ematici ».

Per la seconda parte l'argomento della ripugnanza è molto insignificante. Se nello studio delle scienze prevalessero simili argomenti, ben poche scoperte si sarebbero fatte, ben poche leggi fisiche, si sarebbero stabilite, e la civiltà ed il progresso avrebbero camminato molto a rilento. Se al medico francese *Papin* avesse ripugnato cercare gli effetti del semplice fumo di una pentola a forza in essa rinchiuso, se al nostro celebre *Galvani* avesse ripugnato indagare una nuova legge fisica, nei movimenti che una meschina rana scorticata faceva a contatto del suo coltello, ora non si percorrerebbero le maggiori distanze colla rapidità del volo, nè si trasmetterebbero da un polo all'altro le più importanti novelle colla prontezza del pensiero.

Ma via, le ragioni d'allora oggidì invocate dal dottor *Verardini* nella sua Nota critica per sostenere, che le

capsule soprarenali non hanno nulla che fare colla malattia d'*Addison*, potrebbero in parte ancora valere, se io nel mettere in rapporto l'alterazione di quelle con questa, avessi loro accordata un' importanza speciale, le avessi considerate come organi di una data funzione, le avessi infine ritenute necessarie alla vita.

Io invece alle mie considerazioni ho premesso che nè gli studi anatomico-istologici, nè le ricerche fisiologico-sperimentali riescirono finora a determinare la vera funzione delle capsule soprarenali, e che perciò io non le avrei valutate nella loro funzione, ma bensì nei loro rapporti di comunicazione e di sede coi grandi plessi nervosi epigastrici.

Questa maniera di valutazione mi diede adito, coll' aiuto delle profonde considerazioni del *Mattei* sull' influenza, che le lesioni del plesso solare, e del ganglio semilunare possono avere sull' organismo, a spiegare tutti i fenomeni, che hanno luogo nel corso della malattia d'*Addison*, e persino la pigmentazione cutanea, per la quale però non volli emettere che un' ipotesi più o meno razionale, raccomandata agli ulteriori studi dei solerti cultori della Scienza.

È nell' adottare un simile concetto del processo fisiopatologico della malattia d'*Addison*, io mi sono accostato all' opinione degli autori che il Dott. *Verardini* contro di me cita in sua bella difesa, più di quello ch' egli stesso si sia accostato.

Cominciamo da *Meissner* il primo citato.

La conclusione riferita dall' onorevole dott. *Verardini* non è veramente la stessa cui si conduce il *Meissner* in fine della sua Rivista; il Dott. *Verardini* l' ha formata di poche parole tolte da un altro punto della traduzione, che ne dà il Dott. *Severini* nella sua Memoria, ed essa ha perciò un significato ben diverso da quella di *Meissner*,

espressa come segue: « Noi veniamo alla conclusione, che « assolutamente si dà un determinato gruppo di sintomi, « il quale in onore del primo, che li descrisse, dobbiamo « designare col nome di malattia d'*Addison*, ma che la « causa prossima di questa malattia non istà nelle ca- « psule soprarenali, ma deve cercarsi nel sistema nervo- « so, quantunque fra le cause remote possono rappresen- « tare la loro parte le malattie delle capsule soprarenali ».

In quesla conclusione il *Meissner* non fa nemmeno cenno di una *cachessia ematica* come condizione patologica della malattia d'*Addison*, dunque il *Meissner* non istà pel dott. *Verardini*.

Lo stesso *Meissner* prima di venire a concludere passando in rassegna le teorie dei diversi autori parla di *Wilks* in questi termini: « *Wilks* il più zelante amico e « partigiano di *Addison*, ripone la causa propriamente « detta della pelle bronzina solo mediatamente nelle ca- « psule soprarenali, e cerca la causa prossima in una « partecipazione dei nervi simpatici e specialmente del « plesso solare ».

Anche queste parole a proposito del *Wilks* sono alquanto diverse da quelle citate dal Dott. *Verardini* in suo favore, giacchè egli diceva che *Wilks, è costretto a riporre la causa della pelle bronzina solo mediatamente nelle capsule e ne vede la cagione prima in un' alterazione dei simpatici.* Qui però la colpa non è tutta sua, perchè il *Severini*, dal quale le trasse, nel tradurre quel brano non s'attenne allo stretto senso della parola, e modificò quindi alquanto il concetto.

Il *Meissner* poi più avanti aggiunge: « *Wilks* am- « mette, che vi sia soltanto una malattia, la infiamma- « zione cronica delle capsule soprarenali con essudato « tubercoliforme, la quale produca la pelle bronzina ».

Risulta dunque palesemente che anche il *Wilks* non è dell'opinione del Dott. *Verardini*.

È verissimo che il *Van Andel* nella sua numerosa raccolta riporta 22 casi, in cui le capsule erano ammalate, e la pelle era di color normale, e tredici casi in cui le capsule erano sane, e tuttavia esisteva colore bronzino, ma giunto alla conclusione come si esprime? Secondo lui un' atrofia del simpatico riscontrata in parecchi casi è la malattia fondamentale primitiva, dalla quale può (non deve) derivare tanto l'alterazione delle capsule soprarenali, quanto anche la pelle bronzina, mentre l'anemia è una conseguenza necessaria della medesima.

Per la qual cosa nemmeno il *Van Andel*, che considera la discrasia come un effetto, può dirsi d'accordo col Dott. *Verardini*, che la ritiene la causa della malattia.

Egualmente al *Van Andel* opina il *Mattei*, il quale, sebbene nelle sue numerose ricerche anatomo-patologiche non abbia trovato nemmeno una volta l'alterazione delle capsule soprarenali coincidere colla pelle bronzina, non osa di credere perciò che tra questa e quella non vi sia relazione veruna, ed aggiunge che soltanto la statistica può risolvere una questione di tal fatta. Termina poi col concludere che nella malattia d'*Addison* la cachessia non è che una successione morbosa della particolare nevrosi ganglionare, la quale sola, a parer suo costituisce il primo e necessario stato morboso della malattia.

Viene da ultimo il *Severini*, ma qui pure l'onorevole Dott. *Verardini* non è esatto nella citazione. Egli dice che dall'eruditissima Memoria dell'egregio *Severini* risulta come « la più parte dei pratici s'accorda ora nel « ripetere la causa della pigmentazione della pelle da un « viziato processo nelle sorgenti prime della sanguifica- « zione ed escludesi che l'alterazione delle capsule atra- « bilari sia la causa del morbo d'*Addison* ».

No, signori, il Dott. *Severini* arrivato alle conclusioni

non si esprime in quella maniera: — « Emerge, egli di-
« ce, evidentemente da tutto ciò che si è esposto, che la
« più parte dei pratici si accorda oggi nel ripetere la pi-
« gmentazione della pelle nel morbo di *Addison* da un
« processo morboso del plesso solare e dei gangli semi-
« lunari, secondario talvolta di una lesione delle capsule
« soprarenali, piuttosto che dall'alterazione di una pre-
« sunta funzione di questi organi sul pigmento ».

Continua poi dicendo che da quel poco, che può dedursi dai due casi da lui esposti, risulta: « che i feno-
« meni prevalenti in ambedue furono quelli di un' estre-
« ma anemia ed astenia, riferibili ad un viziato processo
« nelle sorgenti prime della sanguificazione ».

Ma lasciamo pure fuori l'opinione, in cui secondo *Severini*, s'accorda la maggior parte degli autori da lui studiati, e prendiamo soltanto le ultime parole riguardanti i due casi osservati dal *Severini*. Quale argomento da esse può trarre il Dott. *Verardini* in appoggio della sua teoria? Nessuno.

Il dire che i fenomeni prevalenti di estrema anemia ed astenia erano riferibili ad un viziato processo nelle sorgenti prime della sanguificazione, non vuol dire che lo stato morboso primo della malattia d'*Addison* sia una cachessia ematica; ed è tanto vero che il *Severini* non la intende così, che più avanti dopo avere discussi vari principî patologici egli stesso esce in queste parole; « Se
« questi principi sono veri, ne discende, a me sembra,
« che sia più naturale il ritenere per elemento primitivo
« della malattia d'*Addison* un' affezione del simpatico ad-
« dominale, seguita da più o meno pronta paralisi delle
« sue fibre vaso-motorie, alla quale può o no succedere
« una neoformazione nelle capsule soprarenali ».

Quest' è l'opinione definitiva del Dott. *Severini*, e siccome in essa non fa neppur cenno di emo-discrasi o di

cachessia ematica, io sono in diritto di ritenere che anche il *Severini* non consente nella opinione del mio oppositore.

Tolti tutti questi autori uno alla volta dal campo, ove a viva forza li aveva tirati l'onorevole dott. *Verardini*, rimane a provare la seconda parte della mia proposizione, cioè, che i medesimi colle loro vedute s'accostano assai più al concetto della teoria da me sostenuta, e che anzi alcuni consentono nel medesimo con piccole modificazioni insignificanti.

Fra questi ultimi si trovano il *Meissner* ed il *Wilks*.

Difatti il *Meissner* dicendo che la causa prossima della malattia d'*Addison* deve cercarsi nel sistema nervoso, non nelle capsule soprarenali, e che queste possono avervi parte come cause remote, porta la mia stessa opinione, colla semplice differenza ch'egli s'attiene alla forma sintomatica comprendendo sotto il nome di malattia d'*Addison* alcuni fatti, i quali quantunque si presentino in modo analogo, non riconoscono per causa prima o remota, che dir si voglia, l'alterazione delle capsule soprarenali, mentre io dando maggior peso all'alterazione anatomica escludo quei fatti, perchè come rarissime eccezioni non devono indurci a respingere la vera specie morbosa, che va caratterizzata col nome di malattia d'*Addison*, quella che si presenta colla maggiore frequenza, ed in cui alla sintomatologia propria della malattia va unita l'alterazione delle capsule soprarenali.

La teoria di *Wilks* poi non differisce dalla mia se non in quanto che è più esclusiva, ammettendo egli come sola alterazione anatomica capace di produrre il morbo bronzino l'infiammazione cronica delle capsule soprarenali con essudato tubercoliforme, ed eliminando di tal guisa tutti quei casi che io ho classificati sotto la forma secondaria. Il *Wilks*, come già dissi nel mio primo lavoro, differisce

ancora dalla mia opinione col dare una certa importanza all'alterazione delle capsule per sè stessa, mentre d'altronde non ne conosce l'importanza fisiologica.

Il *Van Andel* ed il *Severini* se non dividono il mio concetto fondamentale, come i due già menzionati, di molto vi si avvicinano, perchè essi pure riconoscono che tutti i fenomeni della malattia d'*Addison* non esclusa l'anemia o cachessia sono dipendenti da una lesione dei grandi plessi epigastrici, soltanto invece di ritenerla secondaria dell'alterazione delle capsule soprarenali vogliono che sia il punto di partenza della malattia, cui può eziandio aggiungersi secondariamente l'alterazione suddetta.

Il *Mattei* per ultimo si avvicina ancora piú alla mia maniera di vedere, perchè oltre avere ammesso che il primo e necessario stato morboso della malattia d'*Addison* consiste in una particolare nevrosi ganglionare, oltre avere dato mediante questa lesione una soddisfacentissima spiegazione di tutti i fenomeni di quella malattia, dice, parergli che non possa dubitarsi, che le alterazioni delle capsule soprarenali cooperino a renderne palesi i fenomeni più delle alterazioni di qualsivoglia altro organo, e ciò non tanto pei nervi che in gran numero le capsule stesse ricevono dal gran simpatico, quanto per gli stretti rapporti di questi organi coi gangli semilunari e coi nervi dei plessi solari.

Passando ad un'altra serie d'argomenti, l'onorevole Dott. *Verardini* dal quadro fenomenologico, che l'*Addison* stesso dà della malattia da lui illustrata, ricava una prova per sostenere, ch'essa non è altro che una speciale emo-discrasi, o cachessia. Egli dice che la fenomenologia discorsa dall'*Addison* traduce il fatto complessivo di uno stato speciale d'anemia d'indebolimento di malessere, di poco o niun appetito, di nausee, di vomiti, di sudori, di colliquazioni, d'indebolimento nei battiti del cuore, di

spossamento generale con o senza risentimento febbrile ed infine di coloramento caratteristico della cute, che chiama bronzino e patognomonico del morbo.

Ma questi fenomeni presi così genericamente parlano proprio per una emo-discrasi o cachessia? Non conoscete voi tutti altre cento malattie, dipendenti assolutamente da lesioni primitive di visceri, che sono accompagnate in uno stadio qualunque del loro decorso da uno stato speciale d'anemia, di indebolimento, di malessere di poco o niun appetito ecc.?

Per indagare la natura di una malattia i fenomeni propri della medesima non vanno enumerati sulle dita, ma vanno considerati nel loro modo di presentarsi, di associarsi, di succedersi, nella loro durata, e nella loro intensità. Allora soltanto si potrà rilevare quale sia il suo punto di partenza, dove abbia origine la malattia, che per essi si manifesta, quale ne sia la natura, e come si debba dalle altre differenziare; allora si potrà giudicare se si tratti di una emo-discrasi primitiva o di un'alterazione organica, cui quella tenga dietro soltanto come tardiva conseguenza. E nel caso della malattia d'*Addison* qual'è il primo sintoma che più colpisce l'ammalato ed il medico chiamato a vederlo? La prostrazione straordinaria delle forze, la insuperabile inerzia musculare, quale non si osserva che appena di rado nei più avanzati stadi delle cachessie. A questa susseguono presto e s'associano l'anoressia, le nausee, i vomiti, il dolore della regione epigastrica esteso ai lombi mentre lo stato della nutrizione e della circolazione non parla ancora per una grave cachessia, come dovrebbe essere quella capace di produrre secondariamente quei fenomeni; infine il coloramento bruno della pelle più o meno intenso, che accompagna quasi sempre questi fenomeni e corrisponde ad una deposizione di pigmento nel reticolo malpighiano e negli altri punti

della cute menzionati, è di tal natura che non può attribuirsi ad una emo-discrasi primitiva, ma presuppone un viziato processo negli organi, nei quali fisiologicamente viene separato, e che deve avere la sua ragione in un organica alterazione.

Dunque siccome per noi ora si tratta di ricavare dal fatto complessivo che rappresenta la malattia d' *Addison* un giudizio sulla sua natura, e sul processo fisio-patologico, che si compie nelle medesime, così sapendo che nei casi più manifesti di quella malattia si riscontra nei cadaveri un' alterazione delle capsule soprarenali, ci apparisce più razionale il ripetere da questa e dalla nociva influenza, ch' essa deve necessariamente esercitare sui grandi plessi epigastrici, la spiegazione dei notati fenomeni, spiegazione che non si ottiene soddisfacente ammettendo a loro substrato un' emo-discrasi o cachessia primitiva.

Ma asserirlo non basta, vediamo di provarlo. Come le capsule soprarenali alterate debbano necessariamente esercitare una dannosa influenza sul ganglio semilunare, e sul plesso solare, lo dimostrai nella mia prima Memoria, e chi conosce i rapporti di sede e di comunicazione che passano fra le dette capsule ed il plesso medesimo deve facilmente rimanerne persuaso. Ora lese le funzioni del plesso solare, quindi le funzioni di tutti i visceri che da lui vengono innervati, e parte per azione diretta, parte per azione consensuale squilibrato il rimanente del sistema nervoso, il sistema muscolare, che da questo riceve l'impulso e l'energia ai movimenti, deve rimanere gravemente colpito, ed è in tal modo che si spiega, come fin nei primordi della malattia la prostrazione delle forze si porti ad un grado che non si osserva che negli ultimi stadi delle altre malattie. I disturbi gastrici dall' anoressia al vomito si spiegano pure mediante la lesione del

plesso solare, da cui ha origine il plesso coronario stomachico; per ultimo, per intermezzo del plesso splenico, altra emanazione del plesso solare, si ha spiegazione, secondo l'ipotesi da me emessa, dell'alterata funzione della milza con aumentata produzione di pigmento.

Altro argomento a sostenere che la malattia d'*Addison* non dipende dall'alterazione delle capsule soprarenali è pel Dott. *Verardini* il non riscontrarsi sempre nelle medesime un'identica alterazione. Per me che non ho considerata la lesione in sè medesima, ma soltanto nella sua azione sui plessi epigastrici, coi quali gli organi affetti si trovano in immediato contatto ed in diretta comunicazione, ciò è di niuna importanza. Tuttavia volendo pure aver riguardo alla qualità delle alterazioni che trovansi nelle capsule, esse possono dividersi in due grandi categorie; la prima delle neoproduzioni omeoplastiche (prodotti infiammatori), la seconda delle neoproduzioni eteroplastiche) carcinoma e tubercolosi. La prima categoria sta a base della malattia d'*Addison primitiva,* nella quale i fatti più esattamente esposti mostrano alterazioni di natura infiammatoria. Io però non ho negata la possibilità di un neoplasma primitivo delle capsule, ma quanto al carcinoma è un eccezione piuttosto unica che rara, ed il *Martineau* difatti sopra 56 casi riferiti di malattia d'*Addison* con alterazione delle capsule soprarenali, ne cita uno solo di carcinoma non accompagnato da simile lesione in altri organi; e quanto alla tubercolosi non si possono ammettere incondizionatamente i casi narrati di tubercolosi primitiva, sapendo quanto di leggieri fosse pel passato ritenuto per neoplasma tubercolare, l'essudato infiammatorio delle lenti flogosi ridotto in massa caseosa molto analoga alla sostanza tubercolare rammollita. Anzi dalla descrizione dei reperti necroscopici di quei casi si rileva che le masse caseose erano circon-

date, divise, intersecate da tessuto fibroso, per cui portano a credere che si trattasse assolutamente di esiti d'infiammazione, di cui è caratteristica la produzione fibrosa.

La seconda categoria delle alterazioni delle capsule, quella che comprende il carcinoma e la tubercolosi è propria della malattia d'*Addison secondaria,* e tanto il carcinoma quanto la tubercolosi sono in rapporto con una simile lesione di altri organi attaccati in antecedenza, e secondo l'epoca in cui le capsule vengono colpite, e secondo gli effetti prodotti dalla lesione preesistente sul generale si possono avere o tutti, o in parte, o possono mancare affatto i fenomeni propri della malattia d'*Addison.* Queste ragioni furono già addotte nella mia Memoria, ma siccome il mio oppositore non ne tenne calcolo, giova qui ripeterle con qualche aggiunta che dia maggiore sviluppo al concetto.

Se però si può ammettere che l'alterazione delle capsule soprarenali, anche non identica, possa dar luogo alla produzione dei fenomeni della malattia d'*Addison* coll'intermezzo della lesione secondaria dei grandi plessi nervosi dell'addome, non si potrebbe egualmente spiegare come un emo-discrasi o cachessia sempre identica, quale dovrebbe essere quella che costituisce il processo patologenetico della malattia d'*Addison,* specie morbosa a sè, come ammette anche il mio avversario, potesse dar luogo ad alterazioni delle capsule di natura tanto diversa.

È vero che l'onorevole Dott. *Verardini* non ammette la costante presenza dell'alterazione capsulare nella malattia d'*Addison,* tuttavia egli tanto devoto alle autorità mediche non vorrà negare che nella massima parte dei casi comunicati dagli autori si trova notata l'alterazione delle capsule.

Il *Martineau* su 59 casi di malattia d'*Addison* nei quali venne praticata l'autopsia, ne riferisce 56 con al-

terazione capsulare e l'*Hayden* in una raccolta di 37 casi la cita 34 volte. Ora un'alterazione che si riscontra con tanta frequenza in una malattia non può essere considerata come accidentale, ma deve ritenersi o punto di partenza della malattia, o prodotto del processo fisio-patologico che la costituisce, e con esso in istretto rapporto di effetto a causa. Volendo dunque far consistere il processo fisio-patologico della malattia d'*Addison*, in una emo-discrasia o cachessia, l'alterazione delle capsule sarebbe necessariamente un prodotto di quella, ma dirò io pure *non è logico ritenere, che una cagione debba or no produrre un dato effetto*, più ancora che una cagione sempre eguale produca effetti tanto diversi, e che nel caso speciale questa cachessia non si comporti come le altre, esempio la cachessia sifilitica e la paludosa, le quali danno sempre prodotti della stessa natura (sifiloma, degenerazione amiloidea). Anche per tal maniera resta escluso, che la malattia d'*Addison* sia una emo-discrasi, o cachessia, e persiste sempre fermo il concetto della dipendenza di quella dall'alterazione delle capsule soprarenali. Ne varrà insistere coll'argomento dello stesso ordine, essere difficile l'intendere come alterazioni tanto diverse possano dare sempre un eguale effetto perchè io appunto colla distinzione in malattia d'*Addison primitiva*, e *secondaria*, ho dimostrato che l'effetto non è sempre eguale, anzi diverso a seconda che si tratta dell'una, o dell'altra forma.

E qui torna acconcio il far conoscere non esser vero, che io, come pretende il dott. *Verardini*, confessassi d'aver tolto quella distinzione dal *Virchow*, che anzi nei miei commenti la esposi come affatto originale, e soltanto dove parlai della tubercolosi, e del carcinoma delle capsule soprarenali come diffusione di un processo, che aveva già invase altre parti dell'organismo, io dissi, essere

il *Virchow* all'incirca della mia opinione affermando che nel più dei casi la tubercolosi delle capsule fa parte di un processo tubercolare più esteso, e che il cancro delle capsule stesse è pure talvolta secondario. Dall'affermare semplicemente ciò, al fare una distinzione categorica della malattia d'*Addison* in *primitiva* e *secondaria*, corre una differenza essenziale, ed ora ripeto che la detta distinzione non si trova in nessun autore che si sia occupato di tale argomento. Talchè non so come il dott. *Verardini* potesse con tanta franchezza asserire, che, a mio detto, la distinzione era tolta dal *Virchow;* non so eziandio come poi per conto proprio con altrettanta franchezza dichiari che *Virchow* divide la sua opinione, mentre, si deve sapere, che il medesimo, come riferii in quella piccola nota aggiunta alla mia Memoria, nella 40ª adunanza di Medici e Naturalisti tenuta in Annover nel 1865, espose di essersi ultimamente persuaso che nella malattia d'*Addison* esiste non soltanto un'accidentale, ma in fatto una vera combinazione dei due stati morbosi in questione, pigmentazione della pelle ed alterazione delle capsule soprarenali.

Mi sono riserbato per ultimo di discutere i fatti più significanti portati a sostegno dell'opinione opposta alla mia, quelli cioè di alterazione delle capsule soprarenali senza morbo bronzino, e quelli di morbo bronzino senza alterazione delle capsule. Abbiamo già veduto parlando della malattia d'*Addison* secondaria, che il processo morboso, dal quale essa deriva, può estendersi alle capsule in un tempo, in cui l'organismo troppo deteriorato dalla malattia preesistente non possa più sentire il malefico influsso della loro alterazione, e quindi possono mancare i fenomeni, che guidano il medico alla diagnosi di malattia d'*Addison* durante la vita. Tali appariscono appunto i fatti in questione e quelli citati nella mia Memoria lo dimostrano all'evidenza.

Anche il *Mattei* dove tratta delle alterazioni delle capsule senza alcun corrispondente sintomo che accennasse a malattia d'*Addison*, conviene, che le alterazioni morbose da lui rinvenute nelle capsule, non hanno mai, se si eccettui l'apoplessia, costituito tutto lo stato morboso e sono sempre state una concomitanza di altre alterazioni della medesima, o di diversa natura.

Questa osservazione del *Mattei* appoggia validamente il mio concetto, perchè da essa si rileva, che si hanno effetti speciali gravissimi e tali persino da produrre una rapida morte, come nei due casi di apoplessia capsulare da lui veduti, ogniqualvolta le capsule sono primitivamente alterate, e che i detti effetti mancano appunto in quei casi, in cui una grave affezione concomitante riscontrata all'autopsia, preesistente senza dubbio durante la vita, ha attaccato profondamente l'organismo ed offre già per sè una fenomenologia così imponente, da non lasciar luogo ad altri speciali fenomeni, quali sarebbero i propri della malattia d'*Addison*.

Dei fatti comunicati di morbo bronzino senz'alterazione delle capsule soprarenali non credo aver avuto torto dicendo, che per la massima parte sono inconcludenti, e giudicando dei medesimi coll'esempio di quello narrato dal Dott. *Occhini*.

Ma per essere più precisi volendo passarne in rivista alcuni, comincierò da quelli del *Puech*, e del *Tigri*, che lo stesso Dott. *Verardini* nella sua prima Memoria giudica inconcludenti, e perchè il colorito della pelle non era nei medesimi ben marcato e caratteristico, e perchè *non aveano i caratteri distintivi della malattia dell'Addison*, come non li *avevano gl'infermi, di cui abbiamo racconti in vari periodici*. In queste ultime parole del mio onorevole oppositore si contiene una preziosa confessione, della quale giova tener calcolo. Per quanto poi si rileva dal-

le storie di quei casi posso aggiungere che quelli del *Puech* non sono altro che casi di sifilide costituzionale con macchie pigmentarie, o colorazione uniforme più o meno diffusa alla cute, e che quelli del *Tigri* non si ponno che considerare come casi di melanemia da febbri paludose.

Così nel caso del Dott. *Vernay,* diagnosticato dai medici dell'Hotel Dieu di Lione per malattia d'*Addison,* si trattava manifestamente di un' itterizia di lunga data da obliterazione delle vie biliari in seguito di un tumore fibroso formatosi nel punto di unione dei condotti cistico e coledoco.

Parimenti il caso osservato nel servizio del dott. *Vernois,* che il *Martineau* enumera nel primo gruppo dei fatti caratteristici comprovanti l'esistenza della malattia d'*Addison,* è semplicemente un esempio di cancrena senile con pigmentazione della pelle da parassiti.

Con quest'ultimo ha molta analogia il caso narrato dal Dott. *Occhini,* che fu senza alcun dubbio un caso di apoplessia cerebrale in un vecchio accattone, il quale o aveva la pelle naturalmente molto pigmentata, o l'aveva di quel colore per accumulato sucidume, o per pigmentazione pedicolare. Nè giudicandolo di tal guisa seppi e volli trovare il pelo nell'uovo, come dice il Dott. *Verardini,* ma volli e seppi, giacchè il volere va sempre innanzi al sapere, dare ad un fatto la più giusta interpretazione, che possa ricavarsi dalla disamina delle circostanze che l'accompagnano, istituita spassionatamente e senza idee preconcette; e se dapprima mi astenni dall'esprimere la mia sorpresa per avere letta in un articolo bibliografico dettato dal mio oppositore, l'apologia di quella storia, ora debbo dichiarare che il farsi forte di quel fatto per abbattere la teoria dell'*Addison* e per negare la dipendenza del morbo bronzino dall'alterazione

delle capsule soprarenali, è un volere far prevalere la propria opinione ad ogni costo.

Non posso dar termine alla parte che riguarda il primo quesito proposto dal Dott. *Verardini* senza rispondere alla obbiezione mossami coi fatti del *Namias*, del *Martini*, e dello *Spender*.

Primo di tutti il *Namias* è affatto fuor di questione, perchè egli non vuol considerare la malattia dell'*Addison* come una specie morbosa a sè, e la riduce puramente ad un fenomeno della diatesi scrofolosa, tubercolare, cancerosa ecc.: cosichè io non riesco a capacitarmi del come il Dott. *Verardini*, che dichiara dividere pienamente l'opinione dell'*Occhini*, e del *Valerani*, e che alla fine della sua Nota critica concludè essere il morbo d'*Addison* un morbo a sè, possa in questo punto far causa comune col *Namias*.

Non so poi dove il dott. *Verardini* abbia trovato che il *Martini* di Napoli ebbe ad osservare un caso di malattia d'*Addison* in un soggetto mancante delle capsule soprarenali. Nella letteratura medica su questo argomento, del *Martini* di Napoli io non conosco che la comunicazione all'Istituto di Francia del fatto d'un uomo a quarant'anni, morto di un'affezione di petto, il quale non aveva durante la vita presentato colorazione bronzina della cute, mentre all'autopsia si constatò un'assenza congenita delle capsule soprarenali.

Questo fatto non può portarsi contro di me, che non attribuì alle capsule alcuna speciale funzione, ed anzi del medesimo io stesso mi valsi nel confutare la teoria del morbo d'*Addison* proposta dal *Benvenuti* e riprodotta dal *Duclos*.

Viene ultimo il fatto dello *Spender*, nel quale si ebbero i fenomeni della malattia d'*Addison* con una mancanza completa delle capsule soprarenali, e questo potrebbe

mettermi in serio imbarazzo, quando io avessi assegnato a lesa funzione delle capsule i fenomeni della malattia in discorso; senonchè io invece li assegnai a lesa funzione dei grandi plessi nervosi epigastrici per irritazione trasmessa dalle capsule alterate, e per tal modo non è niente affatto illogico il ritenere che nevrosi primitive dei plessi suddetti possano dar luogo a fenomeni morbosi molto analoghi ed anche eguali a quelli della malattia d'*Addison*. E mi si perdoni se qui pure mi soffermo per una nuova rettificazione; il Dott. *Verardini* giunto a confutare quella parte della mia Memoria, che tratta questo argomento, trascrive come mie le seguenti parole: « pos-« sono essere occorse neurosi le quali offrissero *fenome-« ni morbosi molto analoghi a quelli del medico in-« glese* ». Espressione così inesatta io non ho mai usata, nè voglio usarla nemmeno per bocca del dott. *Verardini*, ed ho abbastanza discernimento per non confondere i fenomeni della malattia con quelli del medico. Ma ritornando al fatto dello *Spender* io credo essere venuto in proposito alla stessa interpretazione, che a quella diede il detto autore, e dico soltanto che per questa rarissima se non unica eccezione non si può rigettare il concetto della subordinazione della malattia d'*Addison* all' alterazione delle capsule, concetto appoggiato dalla generalità dei casi. Non dubito quindi, e non ho mai dubitato nè della scienza, nè della coscienza dello *Spender*, del *Martini*, del *Namias* e di quanti altri si voglia.

Dopo tutto quanto si è detto sul primo quesito e relativa risposta dell' onorevole Dott. *Verardini* volendo riepilogare risulta dunque, che se il ritenere la malattia d'*Addison* un emo-discrasia od una cachessia è un concetto indeterminato ed assolutamente ipotetico non sostenuto nè dai fatti, nè dalle autorità; che se la fenomenologia del morbo non è quella di una cachessia, ed anzi è

tutta speciale della lesione dei grandi plessi nervosi addominali per irritazione diffusa dalle capsule alterate; che se la diversità delle alterazioni capsulari concomitanti non può accordarsi con una cachessia sempre identica, mentre invece la diversità delle alterazioni stesse, agendo queste indirettamente, ammette la produzione di effetti sempre eguali; che se infine i fatti di alterazioni capsulari senza morbo bronzino, e viceversa, giustamente interpretati non infermano il concetto da me adottato, io posso senza timore di mancare in prudenza verso me medesimo, ed in rispetto verso gli altri ripetere, che per malattia d'*Addison* si deve intendere quella forma morbosa speciale, i cui fenomeni ben noti sono in rapporto con un' alterazione delle capsule soprarenali, la quale ne rappresenta il processo patogenetico.

Veniamo ora al secondo quesito esposto dall'onorevole Dott. *Verardini* coi seguenti termini: *i trovati necroscopici descrittici dall'Addison e da altri provano assolutamente che il decesso fu sempre causato solo dall'alterazioni delle capsule soprarenali?*

Quantunque questo quesito a rigore non mi riguardi, perchè io non ho mai detto, che nella malattia d'*Addison* la morte dipenda *solo* e *sempre* dall' alterazione delle capsule soprarenali, nullameno siccome nella risposta, che vi fa il Dott. *Verardini* tende a dimostrare che l'alterazione capsulare ha poca o niuna influenza, e che nella medesima non risiede la condizione patologica della malattia, e siccome inoltre fa ripetuti appunti all'anamnesi ed all'epicrisi del caso da me narrato, così io debbo necessariamente occuparmene.

Per rispondere negativamente al quesito messo innanzi, il Dott. *Verardini* si vale di tre necroscopie tolte dalle storie dell' *Addison,* dalle quali risulta, che in quegli individui oltre l'alterazione delle capsule soprarenali si rin-

vennero guasti d'altri organi, cui poteva attribuirsi l'avvenuta morte.

Ebbene prova ciò forse che l'alterazione capsulare non è per sè capace di produrre la morte? Se in tutti i casi di malattia d'*Addison* si trovassero alterazioni di altri organi oltre a quelle delle capsule non solo, ma si trovassero le alterazioni concomitanti sempre di eguale natura, l'argomento sarebbe di molto valore. Invece a tutti è noto che, per referto delle più stimabili autorità, in moltissimi casi, venuto il momento della necroscopia, non si riscontrò che l'alterazione delle capsule. Di questi io già feci cenno nella mia Memoria, ed ora li enumererò almeno nominatamente, non potendo farne neppure in breve la storia, pel timore di andar troppo alla lunga e di recare eccessiva noia.

Certo è che anche su questo punto bisogna bene intendersi, bisogna cioè saper distinguere le lesioni capaci di produrre la morte, dalle lesioni che possono rimanere indifferenti all'organismo, o possono tutt' al più produrre qualche disturbo senza mai portare a quell'ultima conseguenza; bisogna infine come in ogni altro ordine di cose all'effetto cercare una causa proporzionata e non volere per qualsiasi anche leggiera lesione, che accompagni l'alterazione delle capsule, attribuire piuttosto a quella che a questa l'esito letale.

Premessa una tale distinzione io posso senza timore di esagerare richiamarvi alla memoria i casi di *Martineau*, di *Stedman*, di *Wilks*, di *Harwick*, di *Hall*, di *Macker*, di *Harrinson*, di *Dyster*, di *Sturges*, di *Haberson*, di *Meyer*, di *Recklinghausen*, e di *Hugues;* in tutti questi la necroscopia, praticata da insigni anatomo-patologisti, non rinvenne altra alterazione valutabile e capace di produrre la morte all'infuori di quella delle capsule soprarenali.

Non potendo negare questi fatti riferiti da somme autorità, senza cadere *in quei dubbi, che generalizzati distruggerebbero gran parte della Scienza,* si deve ammettere senza riserva che l'alterazione delle capsule sopra-renali può per sè sola essere cagione di morte. Se d'altronde le più varie e le più gravi complicazioni morbose si presentano talvolta in qualsivoglia malattia, sia viscerale, sia discrasica, sia nervosa, sia acuta o cronica, generale o localizzata, è ben naturale che nella malattia d'*Addison* anche primitiva, affezione di lunga durata che attaccando il sistema nervoso della vita vegetativa, ne altera tutte le funzioni, indebolisce estremamente l'organismo, e lo rende più che in ogni altro caso suscettibile all'azione degli agenti esterni, é ben naturale, dico, che oltre all'alterazione delle capsule ed ai fenomeni pei quali si manifesta, si aggiungano altre lesioni coi rispettivi fenomeni, le quali nullameno non distruggono l'entità patologica della malattia fondamentale, ma ne modificano soltanto l'estrinseca manifestazione.

Ma a sostenere la poca, o niuna influenza dell'alterazione delle capsule sull'esito della malattia d'*Addison* il Dott. *Verardini* più che dei casi dell'*Addison* stesso crede poter valersi del caso da me raccontato. Pertanto io pregherei il mio onorevole oppositore a rileggere attentamente la mia storia ed allora sono persuaso che per essere più fedele, modificherebbe alquanto il breve sunto, che ne dà nella sua Nota critica, e modificherebbe forse ancora il giudizio, che ne ha portato.

L'inferma da me veduta fu menstruata a 18 anni, ma ebbe menstruazione regolare fino all'esordire dell'ultima malattia; non cominciò a 19 anni, come dice egli, a languire in salute ed a soffrire un continuo malessere, invece solo a 20 anni patì una metro-peritonite con residuo di

catarro utero-vaginale, che portò in seguito senza rimarchevoli disturbi; non divenne tossicolosa, ma andò semplicemente soggetta ad infreddature accompagnate da tosse, che in breve senza alcuna cura cessava; non ebbe infine febbri erratiche, perchè gli accessi febbrili a tipo erratico da me accennati appartengono ai prodromi della metroperitonite.

Poste così le vere circostanze anamnestiche del fatto, esse certamente non bastano a costituire un lento malore, che disponesse l'inferma alla morte *consumando l'organismo, stremandone i poteri vitali ed avvelenandone il fonte della vita, il sangue.* Ne si rinforza l'argomento anche avendo ricorso alle altre condizioni dell'esistenza di quella povera donna. L'abitare luoghi umidi, il cibarsi malamente, il soffrire nell'animo per dissapori domestici, il cercarne talvolta l'obblio nel vino sono cause comuni, che non parlano per una cachessia piuttosto che per qualunque altra malattia organica, compresa l'infiammazioue delle capsule soprarenali. Da tutto ciò che contiene l'anamnesi della mia storia non si può dunque dire, che *quell' infelice divenne cachettica per emo discrasi,* come non si può dire che i guasti di antica data rivelati dalla necroscopia fossero in relazione colle lunghe sofferenze patite dall'inferma, e quindi remota causa di morte.

Le aderenze antiche delle pleure, la ipostasi polmonare, i due piccoli noduli tubercolari trovati pure nel polmone, l'aderenza parimenti antica dell'involucro peritoneale del fegato col diaframma, non hanno nulla che fare coi sintomi presentati dall'inferma durante la malattia, che la trasse a morte.

L'anatomia patologica insegna, che antiche briglie ed aderenze fra le sierose tanto della pleura quanto del peritoneo, nel grado ed estensione di quelle da me registrate, si

trovano in un numero infinito di cadaveri senza che durante la vita avessero dato segno di loro esistenza; che la ipostasi polmonare, quale io riscontrai nel caso mio, piuttosto che una lesione, è una disposizione che nelle ultime ore di vita ed anche dopo cessata questa, subiscono gli umori per legge fisica naturale subordinatamente alla qualità delle parti solide, ed alla positura dell'infermo; che per ultimo i noduli tubercolari descritti appartengono a quella forma di tubercolosi chiamata appunto *obsoleta*, perchè il neoplasma rimane là nel punto ove si è depositato senza manifestarsi con relativi sintomi, senza ridestare alcun risentimento generale, senza insomma riescire a danno dell'organismo. Quanto poi alle aderenze che la capsula soprarenale destra aveva contratto col fegato e colla vena cava ascendente, la sinistra col pancreas, esse tornano a vantaggio della mia opinione, e stanno a dimostrare quanto giusto sia il concetto da me adottato circa la natura del processo, cui furono nel mio caso soggette le capsule soprarenali, processo di natura fortemente irritativa, che si era diffuso anche alle parti circostanti. Anzi da questa disposizione morbosa riscontrata nel cadavere risulta un'altro valido argomento in appoggio del modo in cui io ho ritenuto agire le capsule alterate nella produzione dei fenomeni della malattia d'*Addison*.

Se il processo irritativo o infiammatorio, onde furono prese le capsule si diffuse tanto all'intorno da dar luogo a forti aderenze col fegato e la vena cava da un lato, col pancreas dall'altro, è naturale, e più che naturale, necessario che i gangli semilunari ed i plessi solari, che risiedono al di sotto e ad immediato contatto delle capsule, siano stati compresi nello stesso processo, determinando poscia tutti i fenomeni propri della loro lesione.

E ciò mostra ancora che, se l'osservazione non fu completa per non aver curato l'esame necroscopico dei plessi

suddetti, si hanno tuttavia dati ad esuberanza per ammettere ragionevolmente, anche senza la dimostrazione materiale, che essi dovevano avere subìta una grave lesione. Non comprendo quindi donde il Dott. *Verardini* ricavi il parergli che io, per il mancato studio sullo stato dei plessi nervosi e del sangue, dubitassi del fatto mio, mentre d'altra parte mi taccia d'imprudente e direi quasi d'avventato per aver sostenuto con franchezza la mia opinione fondata in gran parte su quel fatto.

Che se io poi volessi per contraccolpo far dei rimarchi alla storia di Melasma con grave alterazione delle capsule soprarenali pubblicata dall'onorevole Dott. *Verardini* nel 1859 potrei ben affermare, che dalla medesima non s'impara come e perchè morisse la donna *Fraboni*, che ne è soggetto. Egli nell'esporre il fatto giunge a termine facendo sapere: « che la *Fraboni* nel giorno 1 Di-
« cembre (1857) *sentitasi assai più del solito malconcia,*
« *pensava recarsi di bel nuovo in Clinica. Ma ohimè!*
« *in sull'indossare le vesti fu presa da deliquio e re-*
« *pentinamente morì* ».

Ma credereste! giunto alle considerazioni sull'esito della malattia il Dott. *Verardini* vede la causa ultima della morte della *Fraboni* in una bronchite capillare, ed è di parere che debba essere stata soffocata dalla grande copia di materie spumose che contenevansi nei bronchi, massime nel destro, materia che non aveva avuto forza d'espellere nello stato di sfinimento in cui era da sì lungo tempo.

Senonchè le lente asfissie prodotte da successivo accumolo nei bronchi di catarro, che l'infermo non ha più la forza di espettorare, danno la morte in modo affatto diverso, da quello descritto dal Dott. *Verardini*. A prova di ciò io riporto il triste quadro che traccia il *Grisolle* degli infermi, che periscono per bronchite capillare. « Do-

« po alquanti giorni, egli dice, gl'infermi divengono ab-
« battuti, la espettorazione è nel tempo stesso più diffi-
« cile e penosa; delle mucosità venendo ad accumularsi
« nell'albero aerifero vi determinano pel passaggio del-
« l'aria un rumore di rantolo grosso e di gorgoglio. Il
« colore violaceo della faccia è più carico, la stessa colo-
« razione si osserva ai piedi ed alle mani, il polso perde
« di forza, aumenta di frequenza e si fa irregolare. Gl'in-
« fermi sono sempre più abbattuti, cadono nella sonno
« lenza e soccombono lentamente conservando sino al-
« l'ultimo momento tutta l'integrità delle facoltà men-
« tali ».

Confrontate, egregi colleghi, questo quadro sintomatologico del *Grisolle* coi pochi tratti disegnati dal dottor *Verardini* e poi sappiatemi dire se la donna della sua storia è morta soffocata per bronchite capillare. La differenza è troppo grande, cosicchè esclusa la soffocazione da bronchite capillare come causa di morte, e quindi la riferita grave alterazione dei bronchi, a che dovrà attribuirsi la repentina morte della *Fraboni?* All'alterazione delle capsule soprarenali, che era, tolta quella, l'unica grave alterazione riscontrata nel cadavere, ed alla sua funesta influenza sul sistema nervoso.

Io temeva con ciò di fare una digressione e mi accorgo invece di non essere escito dall'argomento, ad ogni modo ritornando di volo al punto principale di questa parte e considerando la quistione in generale, io non posso comprendere come il Dott. *Verardini* abbia potuto vedere nelle complicazioni, che in alcuni casi di malattia di *Addison* si riscontrano alla necroscopia, un'argomento contro la teoria da me adottata in vantaggio della propria, e come non siasi accorto che cadeva in una manifesta contraddizione. Egli ammette che la malattia d'*Addison* è una forma morbosa a sè, che perciò ha una spe-

ciale sintomatologia, ammette ancora che l'esito della infermità suddetta è costantemente mortale. Poste queste premesse ne scende naturale conseguenza che la ragione della morte dev'essere nella natura stessa della malattia, e che non si può, nè si deve cercare in complicazioni, le quali e pel modo in cui si manifestano, e pei relitti che lasciano non hanno che fare colla vera malattia d'*Addison*, anche supposto per un istante che invece d'essere questa in rapporto coll'alterazione delle capsule, lo fosse con una cachessia od emo-discrasi.

Rimane dunque stabilito, che se i reperti necroscopici non provano, che nella malattia d'*Addison* la morte dipenda sempre e solo dall'alterazione delle capsule soprarenali, non provano nemmeno, che quella non possa da questa esclusivamente dipendere e che nell'ultima non consista il processo patogenetico del morbo in quistione.

Verrebbe ora il terzo quesito col quale si domanda se *la pigmentazione è un fatto patologico che derivi esclusivamente o dalla lesione delle capsule soprarenali ossivero dalla milza;* ma a questo io potrei dispensarmi dal rispondere, avendolo già risolto negativamente, come lo risolve il Dott. *Verardini;* siccome però in alcuni punti egli dissente dal mio modo di vedere, così a questi contrapporrò le mie viste.

Io ammetto che si dia una pigmentazione fisiologica esagerata, ammetto che si dia l'altra diciamo pure *diretta,* prodotta da depositi di ematina in seguito a stravasi sanguigni, più volontieri ancora ammetto che si diano pigmentazioni per lesione sia organica, sia funzionale della milza, ch'anzi su quest'ultima è basata la mia ipotesi a spiegare la pigmentazione nella malattia d'*Addison,* ma non posso ammettere che la milza, e le capsule soprarenali invece d'esser causa della pigmentazione possano sentirne *la nociva influenza sia per uno stato di*

congestione degli organi loro contermini, ossivero del sangue. Pare che il Dott. *Verardini* per questo stato di congestione degli organi, o del sangue intenda un accumulo di pigmento nei medesimi; ma nella malattia d'*Addison,* cui deve riferirsi l'annotazione, questa congestione od accumulo di pigmento non si riscontra mai nè negli organi vicini alla milza ed alle capsule, nè nel sangue, anzi la sua mancanza costituisce il carattere diagnostico, che la differenzia dalla melanemia. Dunque non si può ritenere, che nella malattia d' *Addison* la pigmentazione sia causa piuttosto che effetto dell'alterazione delle capsule soprarenali.

Io pure ammetto che per tener calcolo della pigmentazione come segno della malattia d' *Addison* si debba essere ben sicuri, che nell'individuo non solo non preesistesse la pelle naturalmente colorata, ma che la medesima non sia tale per altri stati morbosi, ma non posso ammettere che anche escluse queste circostanze, lá pigmentazione sia il segno patognomonico di quella mortale infermità, e mentre il dott. *Verardini* lo chiama tale, dimostra che non lo è ponendovi per condizione che essa deve coesistere o almeno *distare poco dai fenomeni morbosi costituenti la malattia.*

Per lo stesso motivo non posso ammettere che gli altri contrassegni siano incerti, perchè *comuni ad altre congeneri forme morbose;* è vero che nessuno di quei sintomi preso isolatamente può dirsi certo o patognomonico ma considerati in complesso offrono una immagine che non può essere confusa con quella di altra malattia.

Discusse così ad una ad una le premesse dell'onorevole Dott. *Verardini* parmi che le sue conclusioni cadano di per sè, per la qual cosa io pongo termine alla risposta provocata da quella Nota, e se nullameno soverchiamente mi dilungai, vogliate, egregi Colleghi, perdo-

narmi, che fu motivo il voler rilevare partitamente tutti i punti di controversia contenuti nella Critica del mio oppositore; e ciò era necessario, se ognuno deve avere il proprio peso e la propria misura. Volli ancora mostrarmi non indegno dell'alto onore che mi accordaste col chiamarmi a far parte di quest' eccelsa Società Medica, e se per avventura non fossi riescito posso assicurarvi che il buon volere non mi fece difetto.

Ma dell'argomento della malattia d'*Addison*, che se è importante dal lato della rarità non lo è da quello dell'utilità pratica vi tenemmo abbastanza occupati, perlocchè io intendo e dichiaro di chiudere affatto questa discussione, comunque sia la risposta che le mie considerazioni potessero determinare.

ALCUNE PAROLE, IN RISPOSTA ALLE CONSIDERAZIONI DEL SIG. DOTT. *Eduardo Vecchietti* SULLA NOTA CRITICA DEL MORBO D'ADDISON, DEL SOC. RES. DOTT. *Ferdinando Verardini*.

Occorrono pur troppo alcune azioni in questa umana vita, le quali vengono interpetrate ben diversamente da quello che esser lo dovrebbero, da quello almeno per cui furono mosse, ed a cercarne la ragione della sinistra valutazione non si riesce molte volte venirne assolutamente a capo. — Le sono dispiacenze legate alla convivenza sociale e bisogna adattarvisi, ma non però senza almeno dichiarare che le conseguenze non le avete come giuste o come meritate. — Io pure, per la prima volta, sono incorso in una di queste spiacevoli emergenze dopo la recente pubblicazione della mia Nota critica intorno il morbo d'*Addison*. — Tranne di un consiglio che mi era permesso porgere al mio opponente, e detto, mi pareva, in termini convenienti,

del resto non vi scorgeva, nè vi scorgo mostrasse da capo a fondo se non una tal quale vivacità che traduce il mio carattere, e, se mal non m'appongo, il mio modo di sentire e di scrivere, ma che certo non credo pecchi d'inurbanità; e la tenni, e la tengo poi quella Nota scevra da qualsiasi rancore. — E di vero, perchè uno si conduca a procurare dispiacenze ad un'altro, vi deve essere di mezzo una qualche o reale o almeno fittizia cagione; ebbene, se si risguardi agli antecedenti seguiti tra me ed il mio opponente stesso, non vi sono neppure a porre innanzi cause lontanissime che avesser dato le mosse ad un' atto che potesse sapere d'urto. All'incontrario erano corse scambievoli gentilezze, e per mia parte quella massime d'aver proposto, a titolo di stima e di affezione, lo stesso mio oppositore a candidato del nostro Sodalizio scientifico, e di averlo quindi desiderato ed ottenuto in qualità di egregio ed operoso consocio residente. — Dichiaro impertanto esplicitamente in questo luogo che niun sentimento d'animo avverso mi guidò nello scrivere quella Nota, ma che solo vi fui condotto per necessità scientifica e a sostegno di mia opinione, la quale, tacendo, avrebbe potuto indurre altri nella credenza che il fatto e le ragioni riportate dal mio opponente m'avessero persuaso a cambiarla. Ciò posto stendo la destra al mio oppositore, e spero che nella reciproca stretta scomparirà appieno ogni vestigio di dissapore che per avventura fosse ben anche momentaneamente allignato, e come farebbero trapelare le considerazioni sue alla mia Nota fatte. — Per natura però dello spiacevole incidente medesimo, e per mia giusta difesa, occorre ponga qui alcune riflessioni relative alle or toccate considerazioni del mio opponente, le quali riflessioni serviranno a me pure di chiusa finale sopra di questo argomento, e le detterò come a sommi capi e coll'ordine medesimo tenuto nello scritto suo; e ciò per

raggiungere la maggiore possibile brevità. — Dirò ancora prima d'incominciare, che siccome ogni male non viene per nuocere, così adesso ho campo di chiarire alcuni punti de' miei scritti che potevano essere stati non esattamente comentati nello svolgere il tema relativo al morbo Addisoniano; di che ne so grazie al mio opponente istesso e soggiungo poi che qualora fosse dato, in ispecie dopo non pochi anni trascorsi, di riandare i proprii scritti non poche mende vi si apporrebbero, se non altro in grazia de' progressi che fa la Scienza.

Osservo adunque che nella mia Memoria prima, intitolata « caso di Nigrizie o Melasma con alterazione grave delle capsule atrabilari, e dedicata, (si noti ciò) quella Memoria al ch. Prof. *Carlo Ghinozzi* allora sostituto, adesso Clinico Medico nella Scuola di perfezionamento in Firenze, non intesi giammai che la *Nigrizie*, il *Melasma* stesso, la *Pityriasis nigra*, fossero una ed identica cosa. Mai più. Sono conoscenze troppo facili e trite queste per non averne una idea distinta. Valga però in ogni modo, il trascrivere le mie stesse parole alloraquando restringo ciò che spetta alla povera *Fraboni* che diede argomento alla mia dissertazione. « Fatto è, dico, che si ebbe uno stato d'anemia particolare accompagnato ne' suoi primordi dalla manifestazione d'una tinta nerastra, la quale ricordava la pelle degli Etiopi, ed eguale tinta campeggiava nei piedi, ai padiglioni delle orecchie, alla lingua, all'interno della bocca ecc., mentre il restante dell'ambito cutaneo non di molto scostavasi dal normale. Tale coloramento adunque chiamava la diagnosi di *Melasma maculoso* di *Fuchs*, o *Nigrizie* di *Rayer* e di altri. In appresso questa tinta nera venne sbiadendo, talchè acquistò una colorazione fuliginosa che a gradi a gradi si fece generale, e *simile a quella del morbo bronzino dell'Addison*. Giova però ricordare che il colore fuliginoso rossastro non è che il nero caldo

sbiadito dei pittori. » E chiaramente più oltre « Abbraccierei volentieri quindi l'opinione che *la malattia bronzina,* la *Nigrizie stessa*, o *Melasma che vogliam dire,* la *Pityriasis nigra* non siano altra cosa in quanto all'indole materiale della forma morbosa che un deposito di nero pigmento, o carbonio, (ossia anche deposito di carbonio, aggiungo ora a maggiore schiarimento) qualitativamente o quantitativamente alterato per cambiamenti chimici qualitativi o quantitativi. E la ragione di questa forma morbosa, crederei, lo ripeto, dovesse consistere in una discrasi primitiva o secondaria dell'ematosi ». (Cioè soggiungo ora si dee bene intendere dell'alterata ematosi) Primitiva, per alterazione nata dapprima nel sangue; secondaria, per alterazione del sangue dipendente da lesione degli organi che servono alla sanguificazione.

Ne discende quindi dalle riportate parole come : oltre il riconoscere la distinzione dei morbi cutanei nominati, anche quella ne emergeva e ne emerge (e forse non valeva la pena che il dicessi) tra *pigmento* e *carbonio.* Non vedeva adunque, e non vedo ne' morbi ricordati se non un'analogia; e ciò all'unissono co' più chiari trattatisti delle malattie cutanee.

In quanto poi all'assertiva del farmi carico *soltanto* della colorazione della pelle, non so come ciò possa dirsi, mentre io pure notai le particolarità relative al morbo d'*Addison,* sia nella mia prima Memoria, sia nella Nota critica, ed in un passo lo rileva ancora lo stesso mio opponente il quale anzi mi dice che « per indagare la natura di una malattia, i fenomeni proprii della medesima non vanno enumerati sulle dita, ma vanno considerati nel loro modo di presentarsi, di associarsi, di succedersi, nella loro durata e nella loro intensità. » Nella mia prima Memoria credo d'averli per bene bilanciati que' contrassegni patologici e tanto da avere posto a calcolo non solo i fatti

che potevano essere contrarii alla dottrina d'*Addison*, ma anche i favorevoli — Ben è vero però, e lo raffermo di nuovo, che per me il colorito della pelle sta nel morbo bronzino quale unico segno caratteristico, distintivo del morbo stesso; chè gli altri li scorgo comuni ad altre cachessie. Ciò stesso si ha per fermo anche dal ch. *Herard*, e questo concetto lo espresse poco tempo fa nella Gazzetta degli ospedali di Parigi, pag. 503, 30 Ottobre 1866. — Nel fatto che ora cito dell'*Herard*, si analizzò pure il sangue di quel malato e fu trovato con lamelle pigmentarie assai cupe. — Ma v'ha di più a mio conforto, e qui lo riporto volentieri per essere *devoto* a quell'autorita cui mi riferisco e che apprezzo e venero senza fine. Di fresco l'illustre *Oppolzer* nelle sue lezioni intorno il morbo d'*Addison* esso pure a questo riguardo così si esprime « Il Dott. *Tommaso Addison*, appoggiato ad osservazioni cliniche, ha cercato nel 1856 di dimostrare *che un particolare colorito bronzino della cute accompagnato da una forma di generale cachessia, strana, e con esito letale,* COSTITUISCE IL SEGNO CARATTERISTICO *di un' affezione morbosa delle glandole soprarenali* ». (Gaz. delle Clin. di Torino e del Comitato provinciale dell' Assoc. Med. N. 33, pag. 521, 14 Nov. 1866.) Dunque il ch. Clinico di Vienna nel compendiare la dottrina d'*Addison*, senza ambagi avvisa due circostanze che sono da me propugnate, quelle cioè: che la malattia d'*Addison* è una *cacchessia;* l'altra che il segno caratteristico che la costituisce è *il colore bronzino della cute.*

Il mio opponente nello esaminare la narrativa circa la *Fraboni* (che non fu curata da me, come venne già detto nella mia storia) asserisce che l' alterazione precipua riscontrata in quel caso dopo la morte, era relativa alle capsule surrenali. — Mi permetto dichiarare che la trovo un' asserzione gratuita questa, e mi riporto alla descrizione necroscopica che ne feci. E così pure debbo non accogliere

l'altra « che per quanto grave fosse l'alterazione osservata nei bronchi, non era tale da poterle attribuire i fenomeni presentati dall'inferma durante la vita, *ed era piuttosto da ritenersi una tardiva complicazione* ». Al contrario, è detto in quella storia che la *Fraboni* durante tutto il lungo corso della sua malattia ebbe sempre *tosse e molta difficoltà di respiro*. Siccome poi, ripeto, non fu essa da me assistita e n'ebbi solo in voce la descrizione storica dall'egregio collega sig. Dott. *Mazzoli*, così non posso asserire se offrisse appuntino i fenomeni morbosi riportati dal mio opponente e che gli piacque togliere dal ch. *Grisolle*. Mi giova nullameno crederlo; mentre è poi cosa certa, positivissima che alterati assai erano que' bronchi, e non di alterazione recente ma lontana, e che il destro era stipato di mucosità. Niuna meraviglia adunque che la morte di quella poveretta avesse per ultima cagione una soffocazione per catarro bronchiale, massime come era prostrata e consumata dal lento malore.

Circa il dubbio mio, e che mantengo tuttavia, che le capsule surrenali, la di cui funzione è tuttora un mistero e che *sono organi alcuna volta mancanti*, possano poi essere capaci di modificare in modo l'organismo da portare il morbo dall'*Addison* descrittoci, non istimo valga l'opporre che « se nella Scienza prevalessero tali argomenti ben poche scoperte sarebbersi fatte ecc. » *Papin*, dico io, vidde realmente il fumo escire dalla pentola: *Galvani* osservò proprio evidentemente i moti della rana; questi sono fatti reali e vi è un *substrato* che guidò poi altre gran menti alle stupende applicazioni dell'oggi. Ma intorno alle capsule surrenali alloraquando è cerziorato che possono mancare e sono mancate di fatto, quindi manca anche l'*ubi consistam* per guidare alle scoperte, e precipuamente, come nel caso dello *Spender*, in cui eravi morbo bronzino e il cadavere non mostrò traccie

di capsule surrenali. In allora, non si possono più fare confronti, ma invece, mi pare ne venga imposta questa conseguenza: se il morbo bronzino si è verificato in chi mancava delle surrenali non si può più scorgere al certo in quelle l'etiologia di tanto morbo. Ed aggiungo, non istimo possano neanco valutarsi, come fa il mio opponente « i loro rapporti di comunicazione e di sede co' grandi plessi nervosi epigastrici ». Se non esistevano le capsule atrabilari parmi non potevano neppure esistere i desiderati rapporti. — Non intendo poi di dover entrare a discutere intorno l'etiologia del coloramento della cute, chè troppo vi vorrebbe, ed ognuno sa che il pigmento depositasi nel reticolo malpighiano; e nel caso della *Fraboni* lo viddi anche, e lo feci copiare in tavola apposita, nella tessitura alterata delle capsule surrenali; se n'incontra però talvolta nella trama de' tessuti, in ispecie sezionando cadaveri di vecchi, e pur nel tessuto cellulare.

Ora degli Autori da me citati in appoggio alla mia opinione che cioè: le capsule atrabilari non siano la causa unica che determina il morbo bronzino. E innanzi tratto riporterò a mia reintegrazione, e tutto di seguito, quanto leggesi a pag. 54 nella dotta Memoria dell'egregio *Severini;* mentre questa citazione, ho fede, mi giustifichi tuttavia intorno quanto espressi nella mia Nota stessa circa il *Wilks.*

« Paragonando ora le diverse opinioni sopra esposte (che abbiamo appunto desunte tutte dal suo pregevole lavoro) e ponderando maturamente i risultati che ottengonsi dalla sua ricca casuistica, il *Meissner è disposto ad accettare assolutamente l'opinione della maggioranza, poichè pochi autori, fuori di Gouriet ed anche più di Duclos, ammettono oggi un'immediata connessione fra malattia delle capsule soprarenali e pelle bronzina.* Lo stesso *Wilks* il più zelante amico e partigiano di *Ad-*

dison, è costretto di riporre la causa della pelle bronzina solo mediatamente nelle capsule soprarenali, e cercare la vera causa in una partecipazione dei nervi simpatici e specialmente del plesso solare ecc. » — Dunque, se non erro di nuovo, il *Meissner* ed il *Wilks* stimo siano della mia opinione circa all' escludere che solo dalle capsule atrabilari dipenda la malattia bronzina.

In quanto al *Van-Andel*, torno a trascrivere il passo citato da me, e prego chiunque a dirmi dove salti fuori un *non deve*, invece di *può*. Eccolo (pag. 40 Memoria citata) si dice che « in 22 casi trovò ammalate le capsule surrenali, ed il colorito della pelle era normale; ed in 13 le capsule erano sane e tuttavia esisteva colore bronzino ». — Dunque il *Van-Andel* è, come affermai, e sè mal non veggo, del mio parere.

In quanto al *Mattei* ed al *Severini* mi riporto sempre a quanto affermai, ed a quanto ognuno può ricavarne da' loro lavori. A mettere da banda nullameno ogni dubbietà che essi non s' accordino meco, per essere breve, e per raggiungere anche più efficacemente lo scopo, mi permetto riprodurre qui sul proposito, sia dell'uno come dell'altro, i loro concetti che mi diressero con lettere. — È la circostanza che mi vi costringe; d' altronde non può tornare loro discaro, non essendo che un' ulterior prova di que' pensamenti scientifici già pubblicati su questa materia. — Mi scrisse adunque il ch. *Mattei* da Firenze in data 20 Settembre quanto segue « ho ricevuto e letto i suoi ultimi due scritti. Con ragione, in uno di questi, ella ribatte l' opinione sostenuta dal sig. *Dott. Vecchietti.* I suoi argomenti sono vigorosi ed inspirati dai più sani precetti della filosofia medica ecc. ecc. — Dunque ritengo il Professor *Mattei*, sempre nel punto di vista su discorso, sia della mia opinione pur esso.

Il sig. Dott. *Severini* in data 8 Ottobre fra le altre

molte cose, così mi scrisse da Perugia:..... « Le dirò adunque francamente che quanta meraviglia produsse in me la lettura del lavoro del sig. Dottor *Vecchietti*, giovane d' altronde distinto e che si professa seguace della medicina razionale, *per sentirvi la dipendenza del morbo d'Addison dalla lesione delle capsule soprarenali*, altrettanta compiacenza io provai nello scorrere il di Lei pregevolissimo lavoro. Ma anche senza la cognizione di questo io sarei stato sempre persuaso che la sua vasta dottrina e il suo ben noto discernimento pratico non avrebbero potuto certamente sviarla dal retto sentiero, per abbandonarsi alle ipotesi, *ponendo in dubbio che esistano casi di melasma o di vera malattia d'Addison* senza offesa delle capsule soprarenali, o ricorrendo alla strana idea della brevità del decorso, per rendersi ragione della mancanza della pigmentazione cutanea negli infiniti casi di malattie gravi ed estesissime delle capsule soprarenali, che io, come Lei, e tanti altri hanno veduto percorrere anche un corso lunghissimo e senza colore bronzino. Ella dice saviamente là dove fa rilevare *che la istoria del Vecchietti non mostra ad evidenza come la causa della morte fosse da ascriversi soltanto alle lesioni delle capsule sopra-renali.* Fin qui non posso che accordarmi perfettamente colla S. V. ecc. ». Segue poi l'egregio sig. Dott. *Severini* la sua lettera ponendo innanzi saviamente alcuni suoi argomenti pe' quali meco non s'accorderebbe risguardo la pigmentazione. Ma di ciò non è quistione. Rimane quindi a stabilirsi, per quanto almeno me ne pare, che — anche il sig. Dott. *Severini* condivide la mia opinione sempre sotto il punto di veduta già più volte riportato. E di grazia non ho inteso giammai di riferire nella mia Nota le opinioni particolari dei chiarissimi che citai, (e ne avrei potuto citare altri moltissimi) sulla presunta etiologia del morbo bronzino, o su

quella maniera loro speciale di studiare le funzioni delle capsule atrabilari, perchè ciò sarebbe stato un fuori d'opera; a me premeva soltanto di chiamarli a sostegno relativamente alla quistione posta in campo dell'essere, oppur no, le capsule atrabilari causa unica del morbo d'*Addison*, e vado persuaso di non avere posto il piede in fallo, in questo campo ristretto, dichiarandoli e sostenendoli in ciò meco tutti in perfetto accordo. Il resto non mi caleva, nè mi cale.

Posto ciò, debbo poscia convenire che fui troppo assoluto alloraquando dichiarai che la distinzione fatta dal mio opponente sul morbo d'*Addison* in *primitivo* e *secondario* l'aveva tolta dal *Virchow;* doveva invece riportare, come ora fo, le sue stesse parole: « anche il *Virchow* è all'incirca di quest'opinione ». In quanto poi al sentimento dell'illustre *Virchow* sul proposito, io ebbi ed ho il diritto di stare alle cose sue pubblicate; e la nota in margine recata dal mio opponente non distrugge gli antecedenti, tanto più che dubitativamente è così concepita « Il *Virchow* per le numerose nuove osservazioni *pare* a quanto disse nel suo rapporto all'Adunanza dei Naturalisti in Hannover, *sia giunto a persuadersi* (segno che non era persuaso) della connessione fra la malattia d'*Addison* e la degenerazione delle capsule soprarenali ». E su questa importante materia torna a conto di riferire testualmente quanto è detto nelle lezioni dello stesso ch. *Oppolzer*, tolte dal luogo sopra-citato. « Fra gli oppositori dell'*Addison* fu il *Virchow,* il quale mosse acerrima critica che quest'affezione sia da considerarsi come specifica, e dipenda da un'alterazione delle ghiandole sopra-renali, e sostenne essere arbitrario e contro i fatti fiisiologici l'ammettere un tale nesso causale per le seguenti ragioni: 1°. Un numero non mediocre di processi distruggitori delle ghiandole soprarenali decorre senza mu-

tazione del colore della pelle: 2°. In quattro casi addotti da *Addison* stesso, era ammalata una sola glandola sopra-renale, l'altra era intatta; se la malattia bronzina dipendesse da disturbo funzionale della capsula soprarenale, non si potrebbe comprendere perchè l'organo intatto non abbia vicariamente funzionato per l'organo ammalato. 3. Osservò alcuni casi di evidente malattia bronzina, nei quali le capsule soprarenali furono trovate interamente normali. Abnormi pigmentazioni della cute, come esse furono ora stabilite quale specie di malattia, sono state antecedentemente più volte osservate, e precisamente con tutti i caratteri che ora si additano come caratteristici della malattia bronzina ». — Però già nell' 11° congresso dei medici e naturalisti germanici in *Hannover* nell'anno 1865, *Virchow* si era persuaso che qui hassi a fare non con una combinazione accidentale dei due stati morbosi, ma di una combinazione reale. — Queste ultime parole, sono di credere non diano a vedere che *Virchow* abbia cangiato interamente il suo parere; tanto è ciò vero che usa la parola combinazione. Ma anche di ciò non più. — Debbo piuttosto sopra di una mia proposizione dar ragione al mio opponente, e sono ben contento di dichiararla erronea. Noto però che l' errore fu privo affatto di scopo indiretto, mentre nella mia prima Memoria sulla *Nigrizie* o *Melasma* ecc. sopra citata, collocai esattamente e nel suo vero aspetto il fatto. Dunque la mia mancanza è stata nel non ricordarmi come il caso riferito dal *Martini* di Napoli fosse riferibile bensì ad assoluta mancanza delle capsule surrenali, ma non in una circostanza di morbo bronzino. — Questa era una doverosa rettifica, la quale per le ragioni addotte doveva bene interpretarsi a sbaglio puramente casuale. Rimane però intero al suo posto (come dissi) il fatto dello *Spender;* e quindi tutto quanto è di dottrinale su questa materia non

soffre alterazione veruna, e sta sempre a validamente appoggiare quanto sino ad ora discorsi.

Noterò finalmente, intorno questo omai ingrato incidente, che nel riassumere che feci la storia riportata dal mio opponente, stimo d'essere stato fedele, posta ora la sola inavvertibile differenza che invece di 19 anni, cominciò quella misera donna a languire in salute nel suo ventesimo. Valgami a prova la lettura che ognuno potrà fare della medesima istoria, e valgami intanto il riportare qui per intero il seguente paragrafo che trascrivo, e che più o meno traccia lo stato fisico di quell'infelice. « Così fu interrotta la cura di quella malattia (metroperitonite acuta) la cui convalescenza andò assai per le lunghe, nè perfetta si ebbe la guarigione, essendo rimasto alla *B*... uno scolo biancastro dai genitali, di cui non le riescì mai più liberarsi (catarro utero-vaginale cronico). Pel rimanente godette buona salute, se si eccettui l'andar soggetta massimamente nella stagione invernale ad alcun poco di tosse, che senza alcuna cura in breve si dissipava; e così andò innanzi fino ai primi del Dicembre 1864 ».

Con ciò pongo fine ad ogni contestazione, e desidero sia bene fatto manifesto: che avendo io per primo e da non pochi anni addietro, sostenuto bensì che il morbo d'*Addison* è una forma patologica a sè, ma che non la credeva affatto dipendente da un'alterazione delle capsule surrenali, era nel mio pieno diritto di sostenere la mia opinione, sentendomi dichiarare dal mio opponente all'incontrario de' miei pensamenti che « *il morbo d' Addison è una forma morbosa a sè, la quale dipende da un'alterazione delle capsule soprarenali* ». Spero finalmente che non verrò tacciato per ostinazione se fo stima che rimangono ferme le deduzioni ricavate sia dalla mia prima Memoria, sia dalla mia Nota critica. Duolmi però as-

sai che quest'ultimo scritto abbia forse potuto far dubitare che non avessi in pregio le doti di cui è fornito il mio opponente stesso, e spero che questa mia ulteriore dichiarazione dileguerà, intorno ogni rapporto, qualsiasi dubbiezza; ed allora a mente fredda e pacata egli vedrà se la quistione avesse potuto essere trattata diversamente, ed a seconda delle belle sentenze introdotte nell'esordio delle sue considerazioni sulla mia Nota critica e che io amai sempre ed amo ognora di avere per guida.

TRACHEOTOMIA COL PROCESSO DEL *Rizzoli*, pel Dottor *E. Venturini* SOC. COR.

Essendosi da questo Chirurgo Dott. *B. Babini* eseguita con esito felice la tracheotomia mediante il tracheotomo a canula del *Rizzoli* (Bullettino della Soc. Med. Chir. Fascic. di Gennaio 1866) in un mio ammalato di stenosi della glottide per cronica laringite, credo di fare cosa gradita ai cultori dell'arte esponendone la storia, per esserne da poco tempo resa di pubblico diritto la invenzione e quindi per confermare la supremazia di questo processo chirurgico sugli altri finora conosciuti.

T. A. d'anni 46 cenciaiuolo, nel Febbraio di quest'anno fu preso da tosse e gli si fece rauca la voce. Per campare la vita a sè e a sette figli trascurò lungo tempo il male, finchè in principio di Agosto sentendo che quello ogni dì più incalzava, ricorse a me perchè ne lo curassi. Era la prima volta che io aveva che fare seco lui per motivi di salute. Seppi non avere egli avuto in passato che una risipola facciale vagante, qualche febbre periodica e 22 anni addietro un ulcere molle senza veruna conseguenza: non esistere in linea ascendente e laterale morbi

gentilizii sospetti: attribuire desso l'insorto malore a semplici cagioni reumatiche. Trovai un soggetto ben costituito, di muscoli a sufficienza sviluppati e con tessuto cutaneo che non accennava a deperita nutrizione. La respirazione era difficile e accompagnata da un sibilo simile a quello del *croup*, e che collo stetescopio udivasi più intenso alla sommità della laringe, diminuendo di forza mano mano che si discendeva lungo la trachea. Gli sputi erano semplicemente mucoso-salivali e assai scarsi. Ispezionate le fauci non vi rilevai alcuna alterazione e così all'esterno del collo anche col palpamento: la compressione non destava dolore che nella parte superiore dell'organo della voce, e ciò fin dai primordi della malattia: risonanza del torace ovunque normale; polmoni, centro circolatorio e visceri addominali tutti apparivano oggettivamente sani.

Fatta certa una stenosi alla glottide per la voce rauca, per la respirazione aspra e stentata non che per l'assenza di segni soggettivi ed oggettivi d'idiopatie polmonari o cardiache, era ovvio escluderne per via d'eliminazione (in mancanza del criterio diagnostico diretto, cioè del laringoscopio) l'origine da *tumori nel collo, da aneurismi ecc.* e però mi parve doverne rintracciare la causa in una lesione primitiva della laringe. Colla osservazione microscopica sarebbesi potuto allontanare il dubbio dell'esistenza del *cancro epiteliale* che è il meno infrequente: in tale difetto mi limitai a considerare lo stato di buona nutrizione dell'infermo e la mancanza di emorragie. Non vidi probabile l'*ulcera tubercolosa* per la integrità dell'organo polmonare; non la *sifilitica* per lo stato delle fauci e pel riflesso che l'ulcere contratto non era indurato, e non fu seguito da sintomi d'infezione generale. Per lo che ammisi piuttosto i prodotti di una *la-*

ringite cronica catarrale, consistenti o in ipertrofie papillari o in ingrossamento delle corde vocali.

Stabilita la diagnosi della malattia non ne intrapresi la cura, perchè avendo fatto presentire al *T....* che lungo tempo si richiedeva a condurla a termine, egli rivoltosi a questo Municipio per averne un sussidio fu messo nello Spedale di Faenza. Dopo circa due mesi di trattamento (mignatte, tintura di mirra e poche altre cose) il 21 Ottobre fu rimandato a casa; ma i segni di stenosi erano come prima: anzi, fosse in causa del viaggio o di altro, si fecero subito imponenti a tale da costringerlo a stare di e notte a cielo scoperto non potendo avere il respiro nel suo angusto abituro. Nel 25 di detto mese fui chiamato avanti giorno, perchè le cose volgevano di male in peggio: l'angoscia era estrema, lo stento dell'aria a superare la glottide produceva un tetro e cupo rumore che udivasi in distanza e destava la più spiacevole e penosa sensazione; livida era la faccia, cianotiche le labbra, depresso il polso, atterrito lo sguardo come di chi si vede minacciato da inevitabile morte. Tutto ciò mi fece supporre che alle antiche alterazioni si fosse aggiunto un grado di edema della glottide. Ad ogni modo il pericolo era imminente, e però feci trasportare *ipso facto* quell'infelice allo spedale, prevenendolo non esservi più per lui altra risorsa che nella *tracheotomia.* Avutane la sua annuenza mandai tosto pel Chirurgo il quale, scelto all'uopo il tracheotomo a canula del *Rizzoli* e disposto subito l'occorrente, si accinse ad eseguirla, attenendosi in tutto alle regole prescritte dall'Autore meno la posizione dell'operando, giacchè stante l'impossibilità alla giacitura supina lo si dovette tenere seduto sul letto e col capo lievemente piegato indietro: circostanza questa che con altro processo qualunque poteva dare non lieve imbarazzo. La mano non incontrò molta resistenza a spingere avanti l'istrumento,

del cui ingresso nella trachea fummo tosto avvertiti pel forte sibilo che ne annunziò il passaggio dell'aria, seguito all'istante da una respirazione placida come d'uomo sano. L'atto operatorio fu condotto veramente con abilità, senza il minimo inconveniente, e in men che lo si dice era già compiuto. L'apertura riescì regolarissima, non si ebbe una stilla di sangue, non un lamento dall'operato, il quale sentendosi ad un tratto ritornato da morte a vita, appena potè proferir parola, volle esprimerci la sua gratitudine.

Alla sera la cute era un po'calda e le pulsazioni 85, segni questi di reazione febbrile dovuti, più che alla operazione, ai disagi patiti ed al pregresso avvilimento dell'animo. Non insorta alcuna complicazione; dopo la 4ª giornata eravi completa apiressia: la tosse fu sempre pochissima, e di semplice muco l'escreato emesso dalla canula; nel primo giorno soltanto mostrossi commisto a poca quantità di sangue. Nel dì successivo alla operazione intrapresi a cauterizzare la laringe col nitrato d'argento, ciò che è di facile esecuzione essendo quella parte divenuta passiva nell'atto respiratorio. All'interno prescrissi in principio il calomelano quale antiplastico; ma, avendone quasi subito avuto sintomi di stomatite, vi sostituii il ioduro potassico a dosi ascendenti.

Quale sara l'esito finale del morbo? Sebbene in oggi (29ª giornata) l'infermo soddisfatto del suo stato e col cuore pieno di speranza provi quel fisico e morale benessere che da lunga pezza aveva perduto; sebbene abbiansi indizii di progressivo miglioramento e l'esplorazione, che al presente si pratica a tutt'agio col dito, non dia motivo a dubitare della diagnosi già fatta, pure non azzardo ancora una prognosi fausta perchè forse prematura. Comunque sia per essere, il felice risultato della operazione (scopo precipuo di questa storia) è ora un

fatto compiuto: e noi possiamo già compiacerci di avere sottratto un' infelice ai più orrendi strazi e di avergli, nella più triste ipotesi, non fosse altro prolungato la vita. Dal lato scientifico poi se ne conferma: 1° la diagnosticata ubicazione della stenosi: 2° la opportunità della proposta ed eseguita tracheotomia (che che ne dicessero prima taluni, credendola una misura troppo ardita ed arrischievole: ma egli è appunto ne' supremi momenti di un' estremo tentativo che si distingue il medico coscienzioso dal volgare esercente; imperocchè quegli non rimane perplesso nè indietreggia neppure davanti al pericolo del sacrifizio della propria fama): 3° i vantaggi eminenti del nuovo tracheotomo.

S' abbia l' illustre *Rizzoli* la dovuta lode e la benemerenza della umanità, per avere arricchito la Chirurgia di un processo di tracheotomia, il quale merita la preferenza su tutti gli altri, perchè di facile esecuzione e di niuna imponenza, perchè brevissimo e affatto incruento.

Russi, li 22 Novembre 1866.

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Seduta Scientifica del 16 *Luglio* 1866.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI.

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DI TORINO. *Atti - Classe di Scienze Fisiche e Matematiche - Vol. I. Disp.* 5. - *Torino* 1866. — BARBIERI DOTT. GAETANO. *Un cancro del rene destro con spostamento dell' organo. - Fano* 1866. — GIOVANINI CAV. PROF. GAETANO. *Storia di una Cheilo-Genioplastia con riattazione della lingua in seguito di asportazione totale del mento per colpo di arma da fuoco, operata con pieno successo. Memoria - Bologna* 1866. — RICORDI DOTT. AMILCARE. *L' ulcero*

misto considerato teoricamente ed in rapporto colla clinica. - Milano 1866. — Niemeyer F. *Patologia e Terapia speciale - 2. trad. - Fasc.* 47 *al* 50 - *Milano* 1866. — Instituto medico Valenciano. *Sesion Pùblica - Anniversario XXVI. Valencia* 1866. — Galletti dott. Vincenzo. *Cenno sul modo di ricostituire il vaccino degenerato.* — Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. *Rendiconto dell'anno Accademico* 1865-66. *Bologna* 1866. — Burresi Prof. Pietro. *Clinica Medica di Siena. II. - Firenze* 1866. — Chierici Prof. Luigi. *La guerra per la pace. - Bologna* 1866. — Chiara Dott. D. *Sull'antagonismo dell'Oppio e della Belladonna - Torino* 1866. — Marchisio. dott. Edoardo. *Le ferite da arma da fuoco e le ulceri gangrenose imbalsamate. - Torino* 1866. — Municipio di Bologna. *Doni di libri, medaglie ed altri oggetti antichi fatti alla Biblioteca Comunitativa e al Museo Archeologico dell'Archiginnasio di Bologna dal* 1 *Gennaio a tutto Dicembre* 1865 - *Bologna* 1866.

Si apre la seduta colla lettura del processo verbale dell'antecedente, il quale venne approvato.

Sono comunicate alcune lettere fra le quali quelle dei nuovi Soci Prof. *Vella* e Dott. *Vecchietti* che con modi assai cortesi ringraziano per la loro ammissione alla Società.

Il Socio residente dott. *Cesare Belluzzi* lesse un suo lavoro intitolato — *Eclampsia complicata a cancro dell' utero in donna gravida.* — Il disserente dopo avere esposta la storia assai bene particolareggiata e interessante del fatto clinico da lui osservato, fa seguire molte importanti considerazioni in ispecie sopra altri casi tratti dalla pratica del Prof. *Rizzoli* i quali resero sempre più accetta questa lettura e intorno alla quale null' altro aggiungiamo essendo la memoria per intero pubblicata nel giornale.

Sessione Scientifica delli 16 *Agosto* 1866.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI.

Académie Impériale de Médecine de Paris. *Mémoires. Tomo XXVII. Paris* 1865. — Banca Nazionale. *Adunanza generale degli azionisti tenuta in Firenze il* 13 *Giugno* 1866 - *Genova - Firenze* 1866. — Corazza dott. Luigi. *Storie di due casi relativi ad embolismo e trombosi - Bologna* 1866. — Garbiglietti dott. Antonio. *Sopra alcuni recenti scritti di Craniologia Etnografica dei Dottori* Giustiniano Nicolucci *e* G. Bernardo Davis - *Relazione - Torino* 1866. — Speranza Cav. Carlo.

Della Eziologia e cura preservativa della Pellagra. - Lettera - Bologna 1866.

Si apre la seduta coll'approvazione del verbale dell'antecedente e presiede il dott. *C. Canuti* essendo egli il Socio più anziano di nomina e trovandosi assenti il Presidente e Vice-Presidente.

Il Socio Dott. *F. Verardini* annunzia che ha già redatta la Nota critica alla Memoria intorno al male di *Addison*, che nella seduta 3 Maggio disse di volere esporre e che ne farà lettura nella prossima sessione.

Quindi il sig. Dott. *Luigi Corazza* viene ammesso a leggere una storia medica — Sopra un caso di aneurisma dell'arco aortico con perforazione dell'esofago e del bronco sinistro — lavoro che è già pubblicato nel Bullettino — Presenta pure il pezzo anatomico che è rimesso al nostro Gabinetto di anatomia patologica.

Seduta Scientifica del 4 Settembre 1866.

LIBRI AVUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI.

Dott. Collina Antonio. *Sulla Pericardite - Brevi cenni teorico-pratici - Bologna* 1866. — Antinori Gaetano. *Grande Medicina Italica o Iatromatematica - Quinto Concetto - Patogenia - Fasc. II. - Piacenza* 1866. — Pirondi doct. Sirus et Fabre doct. Augustin. *Etude sommaire sur l'importation du Cholèra et les moyens de la prévenir - Paris* 1865. — Municipio di Firenze. *Regolamento per il servizio di assistenza medico-chirurgica e di polizia medico-sanitaria municipale - Firenze* 1866.

Dopo la lettura del verbale e la presentazione dei libri ed altre cose venute in dono, il Segretario prof. *G. Brugnoli* nel dare notizia della morte di alcuni Soci testè avvenuta, legge i seguenti

Cenni Necrologici

Con molta mestizia e non lieve cordoglio oggi alla vostra presenza Consoci onorevolissimi, debbo compiere il doloroso ufficio di segnare negli atti accademici di questa nostra Società la perdita da noi patita nel volgere di pochi giorni, di quattro Colleghi assai distinti i quali colle loro opere, colla loro influenza, col loro nome si adoprarono a dar lustro e rinomanza a questo sodalizio, verso il quale addimostrarono la più affettuosa predilezione,

onde è per noi doveroso il dare ad essi un tributo di lode e di riconoscenza.

Luigi Mezzetti.

E sieno per primo dirette le mie parole alla memoria del Cav. Dottor *Luigi Benedetto Mezzetti*, morto in seguito di breve malattia nell'età di 70 anni, il giorno 6 dello scorso Agosto. Nato esso da distinto medico a Filotrano, quando venne in Bologna agli studi medici, seppe colle sue cortesi e geniali maniere, colla sua attività e destrezza nel maneggio degli affari e delle amicizie, sì bene insinuarsi nell'animo dei colleghi, dei maestri ed in ispecie del chiarissimo *Tommasini*, da tornare desideratissimo e da venirgli aperto l'adito ad un posto permanente, ad assistente stabile nella scuola di Clinica Medica. Quivi col suo carattere gioviale e serviziato, per la sua posizione ed in ispecie per la rinomanza cui salì la scuola del *Tommasini*, il *Mezzetti* contrasse relazioni così numerose coi medici di tutta Italia ed ancora con molti all'estero da non avere forse chi l'eguagliasse e di questa tanto estesa corrispondenza molto si servì a pro degli amici, a pro di questa Società, a pro delle istituzioni cui dedicava l'opera sua.

Io qui non mi prendo il carico di tessere la biografia del *Mezzetti*, nè di registrare i tratti precipui che segnò nella sua carriera; neanche dirò di quanto oprasse per alcune belle e benefiche opere nella città nostra, per gli asili d'infanzia in ispecie, cui fu molto devoto. Restringerò il mio discorso a quanto ha relazione soltanto con questa Accademia, alla quale consacrò ogni sua cura e per anni ed anni a tutto uomo si dedicò alla fondazione, al consolidamento, all'incremento di essa.

Il Dott. *Luigi Mezzetti* fu uno dei primi che aiutando potentemente le aspirazioni del Dott. *Cavallini* e del Prof. *Orioli*, con questi radunò nel 1823 in una camera della clinica alquanti colleghi che costituirono la Società Medico-chirurgica di Bologna, ed egli n'ebbe il carico di Segretario; ufficio che tenne fino al 1835 e che sarebbegli stato continuato per molti anni ancora e forse a perpetuità, se lo Statuto impostoci dalla Sacra Congregazione degli studi non avesse ordinato che il Segretario oltre essere triennale fosse nominato da Essa sopra una terna inviatale dall'Accademia; e se il *Mezzetti*, quantunque più e più volte primo primissimo in terra, non mai venisse prescelto in causa d'avere aspirato alla libertà, all'indipendenza, alla rigenerazione d'Italia.

Lo Statuto però dividendo fino d'allora gli incombenti che spettano all'ufficio di segretario generale di un corpo morale costituito, in due sezioni,

nella parte scientifica e nella parte economico-amministrativa, la Società fu ben presta a chiamare allo incarico di economo il Dott. *Mezzetti*, il quale vi perdurò, confermato sempre per acclamazione, per molti e molti anni, e fino a che pervenuta la Società nostra a bella rinomanza prevalse nei soci il pensiero di dare a questa istituzione, tanto encomiata in Italia e fuori, uno stabile e solido fondamento mediante economie, risparmi, mediante la costituzione di un fondo dotale. *Mezzetti* che fu sempre largo nello spendere e che tratto dal bello o dal buono di un' opera, ad essa facilmente slanciavasi calcolando anche su mezzi di incerta riuscita, non fu creduto l' uomo adatto; e colta un' opportunità venne tolto dal reggere l'amministrazione dell' Accademia; ei però non si alienò da essa, ma per quanto e dove gli fu possibile cercò sempre il decoro e la gloria della Società, offrì sempre premuroso l' opera sua.

Egli è difficile il raccogliere e dire ad una ad una tutte le cose meritevoli di lode speciale ch' ei fece in pro dell' Accademia; non vi ha instituzione da essa attuata ove egli non abbia diritto ad onorevole menzione.

Se *Mezzetti* non va posto fra quei soci che con lavori scientifici cooperarono allo scopo precipuo dell' Accademia, il progresso cioè delle scienze mediche, non mancò però a questo dovere di Socio; anzi fu il primo a leggere estratti a porgere lavori di statistica clinica; eccitò poi potentemente altri molti a correre questa onorevole palestra, e fu sollecito ad aiutarli per quanto era in poter suo.

Appassionato cultore della vaccinazione, dalla sua estesa corrispondenza fu così ricercato per la provvista del vaccino che pensò di tenerne un deposito presso di sè. Ma non appena ei l'ebbe formato, che sorta l' idea di una commissione di vaccinazione presso la Società, con nobile e generoso tratto da non essere oggi in ispecie dimenticato, a questa lo rinunziò interamente. Di quanto vantaggio morale e materiale poi sia stato pel nostro sodalizio l'esercizio della vaccinazione, ognuno di voi il sa ad esuberanza: e tutti sanno come più d' ogni altro in questa pratica si adoprasse il *Mezzetti* che per molti e molti anni fu il Segretario della commissione la quale seppe sì bene servire ai bisogni non solamente della città nostra, ma eziandio della provincia e di molte parti d' Italia e procacciare tal credito alla Società da dovercene assai compiacere e da meritarci inoltre encomi assegni e premi molto distinti.

Promotore del Gabinetto di lettura ne tenne quasi sempre l' amministrazione e per lui si amplió e crebbe talmente che fu di non lieve ornamento alla nostra città e da altre molte in allora desiderato.

Egli fu pur quegli che promosse il premio delle medaglie d' incoraggia-

mento e ad esso precipuamente si deve il felice successo della raccolta per la non lieve spesa del conio, sostenuta da spontanee oblazioni dei Soci.

Per molto tempo *Mezzetti* agognò il modo di porre la Società in condizione di aprire concorsi a premi; e se siamo debitori di questo benefizio agli illustri soci *Sgarzi* e *Gaiani*, non poca parte vi ebbe quegli nell'indurneli e confermarli nella loro generosa determinazione.

Mezzetti fu pur quegli che promosse la fusione delle due periclitanti associazioni di soccorso scambievole fra i medici e fra i chirurgi esistenti un dì fra noi; quindi egli fu che iniziò la costituzione di quel Pio Istituto di soccorso pei Medici e Chirurgi della nostra provincia che ora così prosperamente procede. Egli fu sempre fra i componenti l'amministrazione di esso e ne curò con ogni premura l'incremento. Nè pago di questo eccitò i medici delle Romagne, delle Marche e d'altre parti d'Italia ancora perchè imitassero l'esempio nostro e quello dei Medici di Milano e per tal modo ovunque nella Penisola si formasse tale associazione tanto utile anzi dirò necessaria alla medica famiglia e ferace di molto bene.

Quanto poi egli si adoprasse co' suoi amici, coi corrispondenti e colle persone alto locate con cui aveva relazione in ispecie col Dott. *Valori* di Roma, perchè la Società nostra fosse legalmente costituita in Accademia dello Stato, non è facile il dirlo, basta scorrere anche superficialmente i nostri archivi per rimanere sorpresi di tanta insistenza e del molto operato da lui.

Egualmente è a dirsi rispetto alla facoltà ottenuta dai Soci di ornarsi del distintivo accademico nelle solennità del nostro sodalizio, e dei molti pensieri e delle infinite brighe da esso avute per attuare il concetto con generale soddisfazione. Fra le molte proposte da lui fatte ed energicamente spinte innanzi sino all'attuazione, vi ha pure l'ornamento di queste sale a monumento onorario dei Presidenti e dei Soci che con opere o con lasciti si sono resi benemeriti della Società. Pensiero ed opera che ricevono tutti di approvazione e lode, e per essa così potemmo onorare, ed onoriamo la memoria di *Tommasini*, di *Michelini*, di *Gaiani*, di *Sgarzi*, di *Breventani*, di *Arrighi* e li raccomandiamo alla gratitudine de' nostri posteri.

Ma perchè le mie parole abbiano maggior valore ad attestare il molto che *Mezzetti* ha fatto per la nostra Società, rammenterò come nella *Prefazione* al Vol. VII dei nostri *Opuscoli* quando viene tessuta da esimio scrittore la storia dell'Accademia e del suo ampliamento si nota il seguente tratto: « Se ognuno di noi ha il diritto di compiacersi del felice andamento « di questa nostra impresa, a maggior ragione deve esserne pago il Dottor « *Luigi Mezzetti* che fin dai primi giorni della nostra unione accettò e tut-

« l'ora sostiene il grave e non molto agevole incarico di nostro Segretario.
« Alla di lui somma solerzia e perspicacità, alle gentili sue maniere, non
« che all'instancabile di lui zelo siamo debitori delle molteplici, estese e ri-
« putate relazioni delle quali oggi siamo a possesso con molta utilità e de-
« coro del nostro stabilimento ». (p. XV).

A tutto questo aggiungerò ancora che la Societa nel 1837, quando si fece a distribuire le medaglie d'incoraggiamento, la prima che assegnò per atti filantropici esercitati in vantaggio delle Scienze Mediche e a benefizio dell'umanità, fu al Dott. *Luigi Mezzetti* per le cure assidue ed indefesse da lui adoperate onde promuovere l'incremento e il lustro della nostra Accademia.

Mezzetti fu così interamente dato a questa istituzione che non pochi del volgo ben sovente facevano un'associazione d'idee e fors'anco alcuno ne li identificava. Questo è certo che fu ed è sentenza che più volte ho sentito ripetere da soci e non soci, testimoni ai fatti e di fede degnissimi anche per autorità, che senza l'opera e la somma attività di *Mezzetti* la Società Medico-chirurgica di Bologna non avrebbe avuto svolgimento, non avrebbe superate le mille traversie incontrate. *Mezzetti* per più di 24 anni restando a regolare le cose della Società ha possentemente cooperato a metterla al grado di rinomanza cui è pervenuta, essere cioè un bel ornamento della nostra città e della medicina italiana.

Luigi Carlo Farini.

L'altro seggio fra noi rimasto vuoto è quello del Dottor *Luigi Carlo Farini* nato a Russi e che per non pochi anni dedicatosi interamente all'esercizio pratico, ed allo studio e progresso delle mediche discipline tenne un posto raguardevole fra i cultori della medicina ed anche fra i componenti di questa medica Società.

Non dirò di lui qual Dittatore e Governatore generale delle Provincie dell'Emilia, qual Ministro di Stato, qual Commendatore, qual Cavaliere dell'Ordine dell'Annunziata, qual uomo politico, quale riputatissimo storico, ma poche parole farò soltanto di lui in rispetto alle Scienze Mediche ed in relazione alla nostra Accademia che in singolar guisa predilesse ed illustrò col nome e colle opere.

Diede opera in questa Università agli studi della medicina ove molto si distinse per ingegno e svegliata mente, ove si acquistò la stima e l'amicizia dei colleghi e dei maestri talchè nel 1831 divenne direi quasi l'arbitro della

scolaresca ed ebbe nomina di Priore. Indi corse la via delle condotte per quanto gli fu permesso dal Governo essendochè essendosi mostrato di sentimenti liberali era tenuto in molta sorveglianza.

Qual cultore della Scienza ben presto esordì la sua carriera con un opuscolo sulla teoria delle febbri intermittenti ove pose la sede e la ragione del morbo nel midollo spinale, dottrina che per essere da lui sostenuta con validi argomenti di anatomia patologica raccolti dai sommi maestri dell'arte e da sottili ragionamenti, incontrò molto favore e le fu fatto da non pochi buon viso. Poscia si presentò alla nostra Accademia con un lavoro monografico sulla pellagra che giudicato assai interessante ebbe la distinzione della stampa nelle Memorie della Società. Il *Farini* fu pure il primo ad applicare nell'uomo la dottrina del *Marianini*, essere la corrente continua atta a rilasciare lo spasmo muscolare, e pubblicò una ben ragionata Memoria sulla elettricità nella cura del tetano.

Al nostro Bullettino, diede estratti ragionati ed assai bene compilati di opere insigni in ispecie di *Giacomini* e di *Tommasini;* cooperò con altri nostri consoci ad esperimentare sulle virtù della china pitaia; scrisse la biografia del *Valsalva* e nel Congresso degli Scienziati tenutosi in Genova figurò fra i primi nella sezione medica e più volte prese parte alla discussione intorno alla pellagra, alla scrofola, ed alla profilassi della peste.

Un ultimo lavoro, di medica spettanza degno di molta considerazione, che abbiamo di lui, è quello che tratta delle quistioni igienico-politiche delle risaie, lavoro che venne assai lodato e profondamente discusso, in causa in ispecie dell' importanza dell'argomento e delle diverse opinioni che corrono intorno al medesimo. Fu per questo lavoro che venne donato della medaglia d'incoraggiamento dalla nostra Società.

Quantunque amato e stimato ei fosse qual cultore della Scienza, qual medico pratico, occupando ancora la condotta primaria di Osimo, non fu pago della palestra medica e cogli eventi del 1847 si slanciò nelle cure di stato e fu presso il Ministero dell' interno, alla sezione sanitaria in Roma, poscia esulò in Piemonte ove ben presto ascese a primi posti diplomatici, a Ministro della Pubblica Istruzione e s'accinse a preparare quella grande opera che ora va a compiersi, l'unità e indipendenza d'Italia.

Io non seguiterò più oltre a dire intorno alla vita di lui, giacchè fin d'allora lasciò l'arte e la scienza medica, aggiungerò questo soltanto che quando fu qui Dittatore delle provincie dell'Emilia, si rammentò con compiacenza della sua Società, dei suoi colleghi ed amici medici, ci onorò di una visita assistendo ad una tornata accademica; ci diede incarico onorevolissimo e di somma importanza; e colla conversione in decreto dell' intero rapporto da noi

fatto intorno alla riforma da praticare ne' nostri spedali, mostrò quanta estimazione avesse dell' Accademia, quanto gli stesse a cuore il bene dell' umanità e della scienza.

Raffaele Cavalieri.

Raffaele Cavalieri di Comacchio è il terzo socio che nel lasso di brevi giorni abbiamo perduto. Distintosi nel corso universitario ben presto venne a noi aggregato qual socio residente, e con lode tenne diversi uffici in Società in ispecie quello di Vice-Segretario e bibliotecario.

Egli si occupò di molto nello studio della lebbra che endemica regna nel suo paese nativo, ed il lavoro da esso redatto, informato ai principii delle dottrine tommasiniane, diede occasione al chiarissimo Prof. *M. Medici* di opporre validi argomenti a quei principii e indi a piantare le basi della sua dottrina dinamico-organica.

Di alcune Memorie pubblicate nel nostro Bullettino è autore il *Cavalieri*, il quale essendo stato chiamato a medico primario di Bagnacavallo, tutto si restrinse nell' esercizio dell' arte salutare, che assai bene praticò con grande vantaggio di quella popolazione che lo ha amato immensamente e che ne piange con dolore la perdita.

Portò sincero affetto a questo nostro sodalizio e vantavasi come di prezioso possesso l'appartenervi; e perfino nell' atto di sua ultima volontá rammentossi di esso e volle darci qual suo ricordo il teschio segnato colle linee di *Gall* che vi presento, dissegno eseguito dal Prof. *Carlo Mondini* di chiara ricordanza.

In non tarda età, robusto e lieto, conducendo una vita operosa e benefica fu colto da fiero morbo che in breve gli portava la morte nel giorno 24 Luglio p. s.

Alla sua memoria il nostro omaggio, la nostra gratitudine perenne.

Gaetano Terzi.

Oggi pure mi giunge la notizia di un nuovo lutto per la nostra Accademia. Il Cav. Prof. *Gaetano Terzi* di nuovo colpito da apoplessia in poche ore ha lasciato la vita in età ancor fresca, contando all' incirca il nono lustro.

Il Prof. *Terzi* non appena iniziato nello scolastico tirocinio della medicina, si fece distinguere in modo particolare, per l' amore allo studio e per l' ingegno. Voi lo vedeste ancora studente pubblicare lodati lavori scientifici, quali sono quelli contenenti i risultati ottenuti colla tintura del *Warburg*,

i buoni effetti conseguiti col solfato di chinina nel reumatismo articolare, la descrizione del metodo d' insegnamento tenuto nella nostra Clinica Medica. Egli percorreva la carriera dell' Assistente nel nostro Spedale Maggiore, quando una particolare circostanza lo chiamò in Rimini, e qui talmente si acquistò la benevolenza di quella città, che fu invitato ad assumere una di quelle mediche condotte. Nell' esercizio della quale si procacciò così bella riputazione che passò alla condotta primaria di Camerino; ivi ebbe pure la Cattedra di patologia speciale medica in quell' Università, e diedevi ancora l'insegnamento di clinica iniziativa con molta lode ed utilità de' suoi uditori.

L'estimazione in cui era tenuto, gli procacciò molta clientela e sovente veniva chiamato a consulto nelle prossime città e in paesi anche lontani. E quantunque fosse molto occupato e per l'insegnamento e per l'esercizio medico pratico, egli ebbe tempo di dare in luce molti e molti lavori, che qui troppo lungo sarebbe l'enumerarli partitamente. Gli studi sull' elettricità medica, sull'eterizzazione vanno commendati. Basta scorrere il nostro *Bullettino* e specialmente l'*Ippocratico* di cui era un solerte compilatore, per conoscere quanta attività egli avesse e come innanzi poggiava e per scienza e per ingegno. E non solamente istorie di fatti clinici importantissimi e discussioni scientifiche sopra gli argomenti di patologia che più erano in controversia, ma trattò ancora di argomenti di medicina pubblica e professionale, come intorno agli ospedali, alla pubblica beneficenza pei malati, alle condotte mediche ecc.

La molta bontà dell'animo suo, le maniere assai cortesi ed argute, ed il suo esimio sapere, lo rendevano caro e desiderato; la immatura morte è una iattura non solamente per la sua numerosa ed egregia famiglia, per la città di Camerino, ma ancora per la nostra Accademia e pei cultori della Scienza salutare.

Poscia il Socio Dott. *Ferdinando Verardini* legge un suo scritto — *Nota critica sul morbo d' Addison* — il quale trovasi già pubblicato nel nostro Bullettino.

Terminata la lettura il Socio Dott. *E. Vecchietti* facendo osservare che la *Nota* del *Verardini* abbraccia molte cose e che sarebbe difficile darvi subito una conveniente risposta, chiede che gli venga accordato qualche tempo a far ciò, come lo ebbe il suo opponente.

Ciò accordato, il Socio Prof. *Cesare Taruffi* ha la parola e tratta

Sulla struttura delle capsule soprarenali.

Il Prof. *Taruffi* chiedeva la parola non per entrare in merito della discussione che si è suscitata sulle cause della malattia d'*Addison*, ma per riferire le sue osservazioni sulla tessitura delle capsule, ritenendo indispensabile il conoscere da prima la notomia, e se è possibile la fisiologia d' un organo avanti d'elevare dottrine patologiche.

Essendo stati al medesimo recati diversi esemplari di capsule soprarenali alterate affine di determinare la natura della lesione, si trovò nella necessità di studiare avanti tutto la loro struttura normale, non potendo pigliare per termine di paragone la descrizione data dagl' anatomici anche più recenti, essendo dessi a questo riguardo grandemente discordi. Ecco in breve i risultati delle sue osservazioni sulle capsule normali.

Praticando tagli finissimi nelle capsule soprarenali dei neonati umani in senso trasversale, cioè passando con una perpendicolare attraverso l' asse d' un lobo dell' organo, si riscontra tutto all' intorno del medesimo un tessuto fibroso piuttosto grosso che lo protegge, in cui si vedono larghe arterie che penetrano nel medesimo. Questo tessuto dal lato interno presenta tante piccole arcuazioni in cui fan termine altrettanti *cul di sacchi* dei tubuli costituenti la sostanza corticale, i quali poi sono accompagnati lateralmente da sottili fasci fibrillari che discendono dalle estremità degl' archi menzionati.

La sostanza corticale delle capsule, (che si distingue anche macroscopicamente essendo più chiara e consistente della midollare) è costituita da tanti tubuli cilindrici che partono dalla membrana involgente dell'organo, ed in direzione convergente raggiungono la sostanza midollare; l' estremità esterna, come fu avvertito finisce a *cul di sacco*, l' estremità interna si assotiglia e riesce difficile precisarne la forma, ma dove è discernibile pare che quivi pure finisca a fondo cieco. Ogni tubulo sembra formato da una parete di grosse cellule epiteliali pavimentose, ma facendo i tagli in direzione opposta si vede che desse poggiano esternamente sopra una membrana, la quale essendo trasparente non si scorge di fronte. Le cellule poi sono costituite da un grosso nucleo, rotondo, granuloso, circondato da protoplasma parimenti granuloso, il quale non sempre mostra chiaramente una parete cellulare. La medesima forma cellulare trovasi in molti altri mammiferi che ho avuta l'opportunità d' esaminare, eccettuatone il cavallo in cui i tubuli si vedono tapezzati da evidenti cellule cilindriche, le quali indirettamente provano come quelle che si trovano nei tubuli dell' uomo debbono parimenti essere epiteliali quantunque di forma diversa.

Se si praticano invece dei tagli nella sostanza corticale pararelli all' asse d' un lobo, non si scorge più la forma tubulare, ma bensì quella d'areole o d'alveoli circolari riempiti dalle suddette cellule epiteliali. Queste areole però vicino alla membrana generale d' inviluppo offrono la particolarità d' essere comprese in vario numero (da sei ad otto) in una specie d'alveolo maggiore, e per essere più esatti devesi dire che dal suddetto inviluppo partono grossi fasci che disposti più o meno circolarmente, comprendono totalmente o in parte un piccol numero d' alveoli minori, la di cui parete fibrillare è una derivazione da quelli. Tale disposizione diventa sempre meno evidente discendendo verso il centro, ove non si scorge che la rete connettiva che limita le piccole areole. Gli epitelii poi contenuti sono disposti in guisa che all' esterno (cioè a contatto dell' areola) mostrano un rango di cellule molto evidenti, ed all' interno sono amalgamate e deformi; in alcuni casi però ha osservato un pertugio, il quale indicherebbe l'esistenza d'una cavità nel follicolo. La sostanza corticale offre dunque due aspetti, secondo la direzione che viene osservata, cioè una forma tubulare, ed una areolare, la quale poi non essendo regolare che in un piano dell' organo non può ritenersi costituire la struttura della sostanza corticale come molti pretendono, ma invece devesi ammettere come un risultato della direzione del taglio microscopico, essendo facile l' intendere che qualunque tubo tagliato di trasverso, guardato in faccia al suo lume presenta una superficie circolare.

La sostanza midollare, tagliata in qualunque senso, si mostra costituita da tante areole più spaziose e più oscure di quelle che si rinvengono nella sostanza corticale, di forma incostante ma tendente alla circolare, contenenti parimenti cellule epiteliali. Nei margini dei tagli microscopici, od adoperando sui tagli il pennello si scorge che le cellule non sono libere come nelle glandole sebacee, ma quivi ognuna è annidata in un vano risultante da una rete finissima fibrillare che occupa tutto lo interno dell' areola. Se il taglio traversa l' asse di un lobo, si vede che quei forellini che si riconoscono anche ad occhio nudo nella sostanza midollare sono spazi vuoti tapezzati internamente da epitelio pavimentoso a cellule piccole, e contornati da strati fibrosi; se tali caratteri non bastano a caratterizzare questi spazi per il lume d'una vena, le iniezioni praticate tolgono qualunque dubbio. Talvolta si ha la fortuna di cadere col taglio ove sottilissime vene sboccano ad angolo retto nelle vene centrali.

Il presentarsi, la sostanza midollare, in qualunque senso venga tagliata, sotto forma di tanti alveoli, prova a comune avviso che dessa è formata da tante vescicole sferoidali compresse le une contro le altre: la qual struttura diversifica grandemente da quella che si rinviene nella sostanza corticale.

Le cellule epiteliali non differiscono dalle antecedenti che per la gran copia di granulazioni, le quali nascondono completamente il nucleo e fanno apparire più fosca la sostanza midollare. Quando queste cellule hanno subita la macerazione in qualche liquido, egli è molto difficile il distinguere la parete cellulare, la quale però si può riconoscere se sono fresche.

Un punto molto importante è il modo in cui viene distribuita la circolazione. Gl'anatomici moderni hanno poste le capsule soprarenali fra le glandole sanguigne, probabilmente perchè non hanno altra attinenza, eccetto chè col sistema vascolare, ma altri motivi meglio determinati confermano come queste glandole giustamente debbono essere così chiamate.

In luogo che un'arteria vada al centro di ciascheduna capsula, irradi i suoi rami verso la periferia dell'organo, quivi invece la disposizione è inversa, poichè più rami concorrono alla circolazione e si impiantano sulla superficie in molteplici punti. Difatti un ramo nasce dall'emulgente o dall'aorta vicinissimo all'origine dell'emulgente, si divide in numerosi ramoscelli che penetrano in punti diversi nella parte inferiore della capsula per dirigersi verso l'interno, mentre la parte superiore è traforata da altrettanti ramoscelli che derivano dalle diafragmatiche. Nè quivi s'arresta il numero degl'affluenti arteriosi, poichè spingendo un'iniezione nell'arteria emulgente d'un neonato, e poscia staccando lentamente la capsula si vede manifestamente dapprima allungarsi e poi troncarsi alcuni ramoscelli che escono dalla parte superiore e convessa del rene ed entrano nella parte concava della capsula.

In luogo che ogni arteria sia accompagnata almeno da una vena, si trova il sistema venoso affatto indipendente e finisce in un unica vena che esce da un solco situato fra la congiunzione dell'elmo coll'elmetto, la quale a sinistra si vuota nella renale, a destra nella cava.

Tornando al sistema arterioso, aggiunge che praticando iniezioni microscopiche, incontrò in punti diversi del lasso tessuto connettivo che congiunge le basi dei lobi di ciascheduna capsula, dei piccoli corpi rotondi colla disposizione vascolare simile ad una placenta, posti talvolta in mezzo ad una rete mirabile; ne incontrò pure, sebbene di rado in depressioni dell'involucro fibroso. Per cui a prima veduta ebbe sospetto trattarsi d'una specie di glomeroli vascolari; ma esaminando capsule non iniettate, potè riscontrare i medesimi corpiccioli sferici, i quali avevano la stessa disposizione tubulare come la sostanza corticale delle capsule; coll'unica differenza che tutte le parti erano rudimentarie. Per tale motivo non dubitò di riconoscere in questi corpi, variabili di numero, tante *capsule sopranumerarie*, identiche per natura a quelle che rinvenne nel vitello, colla differenza che queste sono situate vicino

alla cava, ed indipendenti dalle glandole atrabiliari. Avverte poi che non in ogni taglio s'incontrano sì fatti corpi, perchè trovandosi in punti circoscritti, lungo i solchi intra-lobari, bisogna talora compiere molti tagli, avanti d'incontrare qualcuno di cotesti corpi.

La disposizione vascolare nell'interno delle capsule è molto elegante. I ramuscelli arteriosi penetrati nell'involucro fibroso si dividono in tanti capillari, ognuno dei quali fiancheggia un lato di ciascun tubolo, cosicchè corre pararello al tubulo stesso, non mancando però d'inviare anastomasi ai capillari che fiancheggian dall'altro lato. Giunti i capillari verso il limite interno della sostanza corticale, s'ingrossano, compiono numerose anastomosi ed acquistano l'aspetto d'una rete che abbraccia gli alveoli midollari; in alcuni tratti acquistano decisamente il volume di radici venose che vanno a scaricarsi ad angolo retto nelle grosse vene centrali. Queste grosse vene che scorrono in numero di due, di tre nel centro della sostanza midollare paralelle all'asse dei lobi, si ricongiungono fra loro ad angolo acuto nel discendere verso il centro dell'organo, sicchè quivi ne risulta quell'unica che già notò escire dal solco mediano.

Molto più ardua è l'osservazione della qualità degl'elementi nervosi che esistono nel parenchima delle capsule; dove ha potuto meglio osservare la loro natura e la loro distribuzione fu nelle capsule dei vitelli mediante una soluzione di potassa (35 per 100). Egli non vide mai nè cellule nervose, nè gangli, ma bensì dei grossi tronchi nervosi formati da tante fibrille paralelle e cilindriche costituite da una guaina ripiena di piccole granulazioni, i quali tronchi entrati nella sostanza midollare si dirigono verso la sostanza corticale, e si dividono in rami e ramuscelli a guisa delle arterie, colla differenza però che i rami mandano nuove diramazioni chè si uniscono coi rami vicini costituendo degl'archi o delle anse; altrettanto fanno i piccoli ramuscelli, i quali talvolta nascono dai tronchi e dai rami principali in luogo d'essere una subdivisione dei rami minori. Pone avvertenza però che gli archi nervosi possono essere soltanto apparenti, passando una diramazione o sopra o sotto ad un altra vicina. Finalmente nota in alcuni punti di divisione dei rami, delle chiazze circolari con tanti punti sferici, i quali probabilmente non sono che l'origine di filamenti nervosi d'un nuovo ramo diretto verticalmente, rimasto tagliato per trasverso. Con tali osservazioni escludendo una disposizione nervosa insolita non può accogliere la dottrina di quelli che ritengono le capsule organi nervosi.

Dopo avere accennata la struttura anatomica, il suddetto Professore confessa che dalla medesima difficilmente potrebbesi trarre qualche illazione che illuminasse la fisiologia dell'organo. Tuttavolta ripensando sulla singolare dispo-

sizione vascolare stimò opportuno di rivolgere nuove indagini a quel sistema. Avendo un giorno una capsula fresca di cane l'incise verticalmente, e raccogliendo una piccola goccia di sangue che si presentò ai fori della sostanza midollare (boccuccie risultanti dal taglio delle vene centrali) per osservarla al microscopio, tosto s'accorse del notevole aumento nella proporzione dei globuli bianchi in confronto col sangue ordinario. Replicata questa osservazione in molti animali, ne ebbe sempre la conferma, e ciò che più monta potè verificarla nei neonati umani quantunque sezionati dopo 24 e fino 30 ore dalla morte.

Questa produzione abbondante di globuli bianchi (in cui facilmente osservò il movimento sarcode) costituisce per sè sola certamente una funzione molto importante e spiega come sia provvido lo sviluppo precoce delle capsule nella vita fetale, in cui l'accrescimento rapido dell' organismo richieda un gran consumo dei globuli rossi e quindi una grande produzione dei bianchi.

Con tale osservazione non credè però d'aver esaurito il problema fisiologico, ed anzi convinto che ad altri uffici le capsule concorrano; fece invito al Professor *Vella* di compiere esperienze a questo riguardo. Intanto si fece a cercare dove nascevano tanti globuli bianchi; ma le osservazioni rimasero sempre equivoche, perchè sospettando che avessero origine dagl'epiteli delle vene, secondo si compievono i tagli, quelli ora sembrano stratificati, ora semplici, ora mancanti, ora alcune cellule si vedevano staccate, ora no, nè potevasi escludere che tutte queste diverse apparenze non fossero effetto dell'arte.

Il Prof. *Vella* s'accinse tosto a tentare sopra alcuni animali l'asportazione delle capsule; sperimentando sopra alcuni topi ed un gatto; il gatto parve superare felicemente l'operazione, ma dopo poco tempo fuggì, i topi generalmente morirono dopo un tempo piuttosto breve, quantunque l'operazione fosse fatta colla maggiore esattezza, eccettuatone uno che visse 80 giorni; e dopo esser morto naturalmente, mostrò degenerazione grassosa al fegato, ai reni ed al cuore con rottura di fegato e conseguente emmorragia.

Nel chiudere il suo discorso il Professor *Taruffi* dichiara riconoscere che gli studi fatti abbisognano d'essere completati, ed estesi a nuovi rapporti; ma non potendo per ora seguitarli, distratto com'è da altre cure, non volle nullameno rinunziare a questa occasione per manifestare i principali risultati ottenuti affinchè altri possa continuare nell'opera, e per mostrare l'interessamento che pone alla scientifica quistione posta in campo.

Dopo la verbale esposizione presentò quattro tavole rappresentanti otto figure come appresso.

Fig. 1. — Taglio traversale d'una capsula d'un neonato umano; ove si scorge la figura tricuspidale; i fori delle vene centrali, due capsule sopranumerarie in mezzo ad una rete mirabile.

Fig. 2. — Un lobo della suddetta capsula veduto ad un ingrandimento maggiore, ove si distingue l'involucro fibroso, i tubuli concentrici costituenti la sostanza corticale, una capsula sopra-numeraria iniettata posta sulla parete dell'organo.

Fig. 3. — Tubuli della sostanza corticale d'una capsula di cavallo tagliati per traverso per cui appaiano come tanti alveoli.

Fig. 4. — Tubuli della sostanza corticale d' una capsula di cavallo, ove si riscontra l'epitelio cilindrico, ed uno stroma connettivo infra-tubulare.

Fig. 5. — Le due capsule sopranumerarie con i loro rapporti vascolari della *Fig.* 1. vedute ad un ingrandimento maggiore.

Fig. 6. — Sostanza midollare della capsula d'un cavallo in cui vedesi la struttura otricolare, ed una larga vena nel centro in cui sbocca un piccolo ramo.

Fig. 7. — Distribuzione ed anastamosi d'un tronco nervoso entro la capsula d'un vitello.

Fig. 8. — Capsule di feto umano, in cui si vedono i rapporti vascolari arteriosi e venosi.

Sessione Scientifica delli 11 *Ottobre* 1866.

LIBRI VENUTI IN DONO DAI RISPETTIVI AUTORI.

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL'ISTITUTO DI BOLOGNA. *Memorie - Serie II. Tom. V. Fasc. I. Bologna* 1866. — NAMIAS DOTT. GIACINTO E BERTI DOTT. ANTONIO. *Sulla contagiosità del cholèra - Venezia* 1866. — MOLESCHOTT IAC. *Un' ambasciata Fisiologica esposta nella Società Torinese per lettere scientifiche e letterarie. - Torino e Firenze* 1866. — PASQUALI ANDREA. *Intorno ad alcune malattie della infanzia e della fanciullezza - Commentario VI. Genova* 1866. — BORELLI GIO. BATT. *Della riduzione incruenta nelle Ernie Inguino - crurali strozzate - Torino* 1866. — MAMMI BARTOLOMEO MEDICO. *Dell'Aconito Napello, della sua azione sul corpo vivente e delle sue virtù terapeutiche - Memoria - Reggio* 1866. — ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. *Mémoires des Concours et des savants étrangeres. - Bruxelles* 1866. - *Tome VI. Fasc. I.*

La sessione viene aperta colla lettura ed approvazione del processo verbale dell'antecedente il quale dopo lieve modificazione resta approvato.

Presentati i libri in dono il Segretario Prof. *Gio. Brugnoli* annunziandone la morte legge il seguente cenno biografico intorno al Socio residente assai benemerito

GAETANO SGARZI.

« L'atteggiamento a mestizia ch'io scorgo nei vostri volti, Onorevoli Colleghi assai bene appalesa che voi presentendo il soggetto delle mie parole volete dimostrar apertamente quanto vi sia stata dolorosa la perdita che abbiamo testè patita, quanto vi sia grave oggi vedere alla vostra presenza registrare negli Atti di questa Accademia il decesso di un Socio residente tanto benemerito come fu il Cav. Prof. *Gaetano Sgarzi*, e quanto vi sarebbe cara e gradita cosa di udirne le meritate lodi e ricordati i titoli di benemerenza da esso acquistati alla stima, al rispetto alla riconoscenza degli uomini e della Scienza. Ma per bene ritrarre le doti e le virtù dello *Sgarzi*, per mettere in chiara luce i vantaggi ch'egli ha recato alla Scienza ed all'Arte salutare abbisogna l'opera di chi sia bene addentro negli studi della chimica, dell'istoria naturale, abbisogna di tale valentia e dottrina nel biografo alla quale per certo io non oso aspirare; per la qual cosa restringendomi nei limiti del mio compito vengo oggi a presentarvi alcune brevi notizie sulla vita di questo operoso Collega, il quale se andò bene distinto per le opere dell'ingegno, bene di più andò e va commendato per le virtù del cuore.

Da *Carlo* e da *Anna Cuzzani* nacque *Gaetano Sgarzi* ai 4 Ottobre 1795 in Bologna ove ebbe una educazione come conveniva al suo stato sociale ed alle viste de' parenti; alla quale egli corrispose in modo distinto e assai lodevole primeggiando fra i colleghi e riportando sempre i primi onori dei premi. Compiuti gli studi liceali passò al Corso universitario chimico-farmaceutico, e tanto innanzi si spinse nello scolastico tirocinio che tosto sentì il bisogno, anzi conobbe la necessità per esso di estendere la meta de' suoi studi e si inscrisse al Corso Medico-Chirurgico. E già fin d'allora si trovò in molta considerazione e nella stima dei colleghi e dei maestri; ed una prova di ciò l'abbiamo nella sua ammissione, essendo ancora studente aspirante alla laurea, alla classe allora esistente dei Soci candidati di questa Società, correndo l'Agosto 1823 (anno primo di sua istituzione) e dalla cooperazione cui quivi fu chiamato per gli sperimenti terapeutici intrapresi al-

lora dalla Società sul peperino. Nel Luglio 1824 essendo stato insignito di laura dottorale passava per legge nella classe dei Soci residenti ordinari.

L'opera indefessa che lo *Sgarzi* prestava ai lavori della nascente Accademia, la stima e l'amicizia di cui l'onoravano un' *Orioli*, un *Tommasini*, un *Mondini*, un *Ranzani*, un' *Alessandrini*, un *Rodati*, un *Termanini*, la premura e la molta intelligenza con cui prestavasi alle chimiche indagini di molti cultori della Scienza gli procacciarono bella rinomanza; e quando nel 1826 attuandosi le disposizioni della Bolla di Leone sugli studi universitari, fu aperto il concorso per un professore sostituto con diritto di successione per le Cattedre di Chimica, Farmacia, Botanica e Materia Medica, con generale soddisfazione fu veduto lo *Sgarzi* fra i concorrenti, e l'esame sostenuto e la sua elezione ebbero unanime approvazione e lode.

Per tal modo consacratosi al pubblico insegnamento vi si adoprò a tutt' uomo per 40 anni di sua vita. Egli iniziò la sua carriera con trattenimenti di materia medica e terapeutica generale, con trattenimenti pratici di farmacia, e la sua officina farmaceutica fu a disposizione degli uditori. Dopo la morte del Prof. *Francesco Maria Coli*, avvenuta il 12 Agosto 1828, ebbe l'officiale insegnamento della chimica farmaceutica che ha continuato fino alla sua morte, e non ha risparmiato fatiche e studio, e perfino lunghi viaggi in Francia, in Inghilterra per meglio soddisfare al compito assunto. Onde lo *Sgarzi* va posto fra gl' insegnanti più indefessi, fra i professori più benemeriti della nostra Università, e fin quando la sua salute era gravemente compromessa e gli amici gli consigliavano qualche riposo egli rispondeva che più di tutto gli stava a cuore il dover suo, l'onore della Cattedra a lui affidata e che nell' ambito ufficio voleva perdurare fino a che gli duravan le forze e la vita.

L'operosità dello *Sgarzi* non si limitò all' esatto adempimento dell' ufficio d' insegnante, all' usare ogni cura per tenere elevato e vantaggioso il suo ammaestramento, ma per quanta lena gli bastava tutta l'adoprò al progresso della Scienza, all' utile della Società, alla cooperazione nei lavori dei suoi tanto amati Colleghi. Se voi percorrete le lucubrazioni e gli atti dell'Accademia delle Scienze del nostro Istituto e quelli di questa Società e della Società Agraria bene spesso, anzi dirò, in tutti gli argomenti che hanno relazioni alla chimica troverete essere ricordato lo *Sgarzi*, o che questi vi aggiunse importanti osservazioni e ricerche.

Dei moltissimi lavori da esso dati in luce io non vi parlerò partitamente e neanco mi basta il tempo per tutti quanti ricordarli. Molte sono le analisi di acque minerali che abbiamo da esso. Le Terme Porrettane più e più volte furono l' oggetto delle sue scientifiche speculazioni, quelle di Acquasanta di

Riolo, della Fratta, di Brisighella, del Tettuccio romagnolo, di Castrocaro e di quant'altre si rinvennero nei nostri dintorni, tutte io credo fossero da lui studiate, e messone in rilievo le salutari virtù. Ma intorno all'analisi di acque, sono notevoli le pazienti e ripetute ricerche sulle acque potabili di Bologna, assai commendevole il lavoro su di esse pubblicato e commendevolissime le indagini fatte per rinvenire un mezzo semplice spedito per depurarle, i suggerimenti per dotare la nostra città di buona e salubre acqua in abbondevole copia.

Gli aiuti della chimica furono da esso somministrati non solo alla medicina, ma all'economia domestica, alla illustrazione di fatti oscuri e controversi. Furono oggetto di sue ricerche i vasi e stoviglie della cucina, le varie specie del riso, la lignite trovata nelle nostre montagne, la distinzione dei fili del lino e del cotone. Fece indagini sul *Mavi* dei Cafri, sulla *chibaca salutaris*, sugli escrementi dello stellione spinipede in relazione ai cosmetici ed ai belletti, analizzò degli areoliti, del frumento, delle polveri trovate nelle piramidi, analizzò moltissimi calcoli sia pulmonali, epatici, ed urici e si spinse coi risultati ottenuti a proporre una dottrina sulla loro origine e formazione e da essa a dedurne una terapeutica razionale ed efficace.

Per l'anatomia portò schiarimenti con ricerche analitiche sulle ossa e sui tegumenti dei vertebrati, non che sul cervello in relazione al fosforo che vi è contenuto rispetto allo sviluppo dell'intelligenza.

Lo *Sgarzi* più volte lesse dissertazioni su temi generali di Chimica innanzi consessi accademici. Trattò dell'affinità, dell'azion chimica, della petrificazione dei legni e degli animali; trattò pure delle macchie di sangue e molto si occupò di tossicologia il cui insegnamento ad esso era affidato, e di continuo egli era occupato a rispondere alle domande del Foro e della Pubblica Igiene comunale.

Si occupò pur anco e con successo della terapeutica ed eziandio dell'esercizio pratico della medicina che tenne ristretto per qualche amico soltanto. Il suo progetto per indagare l'azione dei medicamenti presentato a questa Società ci dice quanto innanzi volesse spingere coll'esperimentazione l'utilissima branca della farmacologia; ed il suo Manuale di farmacia teorico-pratica che desideriamo di vedere completato fra breve colla stampa avendolo già egli interamente ultimato colla penna, forma per lui un monumento del suo vasto sapere e una gloria a lungo duratura.

Lo *Sgarzi* fu uno dei membri più attivi del Consesso sanitario provinciale per moltissimi anni, e a lui erano affidate le trattazioni tutte risguardanti la chimica in ispecie rispetto all'arte farmaceutica, alle arti insalubri e pericolose. Tanta era la scienza, l'onoratezza dello *Sgarzi* che a lui ri-

correvano Governo, Municipio, Accademie, Tribunali, e privati; e tutti rimanevan di lui soddisfatti ed ammirati.

Fu inoltre del Collegio medico fino dal 1836; fu nominato Accademico benedettino nel 1829 — Occupò le cariche di Consigliere ed Assessore Municipale, fu della Società Agraria, della Accademia Filarmonica. Ebbe poi diploma di aggregazione alle Accademie di Roma, di Torino, di Napoli, non che di molte estere, di Francia e d'Inghilterra. Ebbe eziandio le insegne di cavaliere, fu onorato al Congresso di Genova, cui premuroso accorse non appena fu permesso ai sudditi romani di partecipare a quei primi convenii della unita sapienza italiana.

Se le molte e disordinate cose che vi sono andato esponendo non mi soddisfano per rispetto ad avere ritratto le virtù della mente di lui, assai insufficiente sarei se volessi dipingerne le belle doti dell'animo. Voi tutti lo conosceste appieno e potete testimoniare, come testimoniare lo possono i numerosi discepoli suoi che ebbero sempre per lui una immensa stima ed una figliale devozione, che egli fu un uomo dei più eccellenti in bontà, in onoratezza, che il buon volere in lui non ebbe limite alcuno, e direi perfino che talvolta la sua bontà, la sua condiscendenza fosser spinte oltre i confini di una giusta convenienza. E ciò basti, supplendo alla mia mancanza le erudite parole dal ch. collega Prof. *Franceschi* dettate, annunziando la morte di tanto illustre concittadino.

Dopo lunga malattia, procurata od almeno esasperata dalle fatiche sostenute per lo studio della Scienza da esso coltivata, cessava di vivere il 14 dello scorso mese di Settembre nella sua graziosa Villa di Beleolle nell'età di anni 71 confortato da tutti i soccorsi di quella religione che con molta pietà ed osservanza aveva mai sempre praticato.

Il Prof. Cav. *Gaetano Sgarzi* è un Socio residente assai benemerito in ispecie per avere fino dal 1834 dotato questa Società di un anno assegno di Scudi 30 romani da usare come più le convenisse. E la Società colla istituzione del Premio *Sgarzi*, colla epigrafe incisa in marmo nella sala dei soci benemeriti ha eretto un monumento glorioso alla memoria di quest'uomo che ben a ragione può essere posto ad esempio dei presenti e della posterità, e così terrà sempre viva e perenne la ricordanza di un tanto illustre benefattore ».

Dopo questo, è invitato alla lettura del lavoro annunziato il socio residente dott. *Eduardo Vecchietti* che intrattiene l'Accademia con un suo

scritto che intitola — *In risposta alla Nota Critica sul morbo d' Addison pel dott. Ferdinando Verardini. Considerazioni.* — Questa lettura non avendo dato luogo ad alcuna discussione scientifica ed essendo il lavoro del *Vecchietti* già pubblicato, null' altro viene qui notato di quella Seduta.

RISTAMPA

Epitelioma dei genitali delle prostitute, del socio residente Prof. Cav. Pietro Gamberini.

Assistevano un giorno alla mia visita del sifilicomio alcuni giovani medici, e fra questi un visitatore igienico, i quali fecero le meraviglie udendo il diagnostico di Epitelioma esistente ai genitali di due meretrici, le sole che in quel momento offrissero cotale morbosità, mentre altre erano già a me conte anteriormente. Siccome credo che tale infermità non sia riconosciuta abbastanza, in ispecie dai giovani medici (1), così ho creduto essere cosa opportuna il tesserne succintamente la storia teorico-clinica, affinchè siano tolti gli imbarazzi giudicatorii, che per loro natura sono di grave importanza, specialmente in un sifilicomio.

L'aspetto ulceroso dell' epitelioma genitale, rende spesse fiate incerto se abbia a combattersi un morbo venereo, e se quindi la prostituta tenga un male appiccaticcio ; inoltre quale cura debba eseguirsi scorgendo l' inutilità od anco il danno che ne vengono dall' uso di quei mezzi terapeutici che non sono quelli che spettano al vero epitelioma. La scorta dei sommi pratici e la mia osservazione mi guideranno alla compilazione di questo scritto.

Il *cancroide* di *Lebert* od *epitelioma* dell' Hannover non rispetta in modo assoluto verun organo; la cute però e le mucose ne sono colpite a preferenza, e queste ultime in ispecie nelle prostitute vengono da esso am-

---

(1) E non ne hanno gran colpa, perchè non vidi il mio argomento in alcun Trattato di patologia speciale risguardante le infermità dei genitali femminei.

morbate in vicinanza dell'osculo uretrale, ed alle piccole e grandi labbra. Io non dirò dell'epitelioma cutaneo perchè la di lui diagnosi non é difficile; parlerò invece di quello delle mucose, la cui conoscenza, come dissi, è talora imbarazzante. Studiando anzi tutto l'istologia patologica dell'epitelioma, rilevasi, che, nasce esso sulla cute o sulle mucose, muove dal corpo papillare o dal follicolo di una glandola; il microscopio discopre che le varie qualità delle cellule sono sformate di sovente, ma non ostante riconoscibili; inoltre ad esse stanno unite vescicole adipose, elementi fibro-plastici, citoblastemi, cristalli di colesterina, materia amorfa e fibre di tessuto connettivo. L' epitelioma ora esordisce alla superficie offrendo l'aspetto di un' ipertrofia papillare; ora nasce entro un follicolo o in un tubo glandolare e somiglia ad una cisti; ora si stratifica nel tessuto dermico o mucoso, e l'occhio ed il tatto avvertono una durezza ed un ingrossamento: cose tutte che trovano la loro spiegazione nell'ipergenesi epiteliale. Il cancroide esistente sulle mucose, estendesi con maggiore facilità e minore sofferenza, in quanto che posseggono quelle una tessitura più delicata e meno consistente di quella della cute.

Dissi voler parlare esclusivamente dell'epitelioma delle mucose delle prostitute, ed in ispecie di quello che sorge in vari punti dei genitali esterni; quindi espongo la di lui sintomatologia nel modo seguente.

La meretrice d' abito linfatico-scrofoloso, e che patì una o più volte di blennorragia vulvare od uretrale, qualunque sia la di lei età, ma specialmente fra i 20 ed i 40 anni, se incoglie nell'epitelioma, offre nei primi momenti di sua evoluzione dei piccoli rialzi papulo-granulosi, bianchi, lucenti, i quali pel continuo distacco epiteliale eccitano tale prurito che spinge la donna a praticare il grattamento, la cui involontaria ripetizione staccando di continuo l'epitelio, motiva l'apparizione di una superficie granulosa rossiccia, la quale, dopo essersi ricoperta di epitelio, se viene staccato discopre una leggiera ulcerazione, che più o meno lentamente si estende. In qualche incontro formasi una piccola ragade grigiastra, ad orli rialzati, duri e perpendicolari, la cui permanenza non ha epoca, potendo durare mesi ed anni. Assai difficilmente l'epitelioma della mucosa comincia come suol nascere sulla pelle, vale a dire sotto forma di piccolo tubercolo, o di verruca screpolata, ineguale, emisferica, o di cancroide melanode. La forma granulosa primieramen-

te esposta, fu l' esordio costante da me osservato dell' epitelioma delle prostitute. Quando l' ulcerazione è costituita, sembra che il male rinvigorisca per estendersi progressivamente ora in breve tempo ed ora con uno straordinario lentore, a meno che non si pratichino disacconcie medicature locali. La forma dell' ulcero è incostante ed irregolare; il suo fondo è ineguale ed anfrattuoso, di un colore talora bianchiccio, o rosso, oppure violaceo, grigiastro: gli orli o contorni sono compatti, rovesciati all' infuori, con rialzi fungosi anco esuberanti: la secrezione varia fra la sierosa, la sanosa e la sanguigna, l'odore ne è spesso ingrato. Le cose dette variano da un giorno all'altro, in causa della continua decomposizione e riproduzione epiteliale.

I rari casi di cancroide melanico hanno di particolare che gli orli conservansi molli, depressi e non si rovesciano; il fondo è meno anfrattuoso e secernente, poco si approfonda, ma in compenso si distende in superficie.

Un carattere pressochè costante dell' epitelioma è di essere in generale poco dolente, benchè sianvi casi rarissimi in cui il patimento è intollerabile od almeno sensibile.

Necessita sapersi che l'estendersi dell' epitelioma coincide ai contorni della piaga coi primi fenomeni del morbo esordiente, e così di seguito fino a che il morbo arrestasi o temporariamente o stabilmente: quei fenomeni poi subiscono il naturale loro guasto progressivo.

Eccezionalmente le glandole che stanno in prossimità del cancroide richiamano l' attenzione del medico: solo allorquando l' individuo cade nella diatesi eteromorfa, che termina colla morte, le glandole si gonfiano a modo da simulare la pleiade: più tardi come ammollendosi si fondono in una massa unica, lobulosa, con pelle aderente, alterata di colore, a cui sussegue rossore ed ulcerazione, costituente uno scavo anfrattuoso e profondo, che impronterà i caratteri e le abitudini dell' epitelioma.

Dissi altrove l' imbarazzo diagnostico dell' epitelioma genitale delle prostitute, che non pochi confondono coll' ulcero calloso, o colle piaghe sifilitiche di natura tubercolare, o gommosa. Perchè meglio possano i giovani medici districarsi da cotale labirinto, porrò il quadro diagnostico differenziale a modo da scernere l' un male dall' altro.

ULCERO CALLOSO

1.° Esordisce di rado con pustola: d'ordinario con un tubercolo: all'una ed all'altro tengono dietro ben presto i segni patognomonici univoci dell'ulcero sifilitico.

2.° È precorsa l'infezione e l'incubazione propria dell'ulcero calloso.

3.° Ben presto svolgesi la pressochè indispensabile pleiade ganglionare.

4.° La durata dell'ulcero calloso è limitata ad un'epoca cognita anche lasciato a sè; non mai così lunga come nei casi di cancroide.

5.° Guarisce cogli ordinari soccorsi specifici od anche senza cura: l'ablazione non giova.

6.° La forma dell'ulcero calloso è cupuliforme; il fondo liscio, duro, lucente, regolare, con poca secrezione sierosa inodora ecc.

7.° L'ulcero calloso tende naturalmente alla cicatrice.

8.° Più o meno presto appaiono gli univoci segni della sifilide costituzionale.

9.° Benefica è l'applicazione locale degli idrargirici in pomata, in lozioni.

EPITELIOMA

1.° Esordisce di sovente con piccoli rialzi papulosi miliari, con ipersecrezione epidermica; oppure con piccole verruche globulose: l'esulcerazione ha luogo pel distacco dell'epitelio esuberante.

2.° L'esordio ed il complemento del male non hanno alcun rapporto con queste due circostanze.

3.° L'ingorgo o l'iperplasia glandulare manca, oppure sorge a malattia antica e grave.

4.° La durata dell'epitelioma è ignota se viene lasciato a sè: è però lunghissima, ed anco indefinita.

5°. Non guarisce mai da sè: vuolsi l'ablazione del cancroide col coltello o coi caustici.

6.° La forma dell'epitelioma è irregolare, frastagliata, con orli rovesciati, fungosi, con secrezione saniosa, ecc.

7.° Il cancroide o sta stazionario o progredisce; per sè non tende a guarigione.

8.° I tardivi guasti generali dell'epitelioma spettano alla diatesi cancerosa.

9.° Dannosa si è questa applicazione.

LUPO SIFILITICO

1.° Tarda manifestazione della diatesi sifilitica.

EPITELIOMA

1.° Niuna attinenza colla sifilide.

2.° La sifilide tubercolare circoscritta ha un colore rosso-cupo o violaceo, e consta di vari tubercoli aggruppati.

3.° Il suo cammiuo è piuttosto sollecito, la sua durata è minore in confronto del cancroide.

4.° Il malato offre costantemente i segni della cachessia sifilitica.

5.° Benefica è la cura specifica nella generalità dei casi.

6.° Eccezionale è il lupo sifilitico circoscritto alla mucosa genitale delle meretrici.

7.° La secrezione è sanguigno-saniosa fetida, che ricorda la mortificazione.

2.° Il cancroide esordisce con piccoli rialzi papulosi miliari, bianchi o rossicci, oppure con un unico piccolo tubercolo, o con verruca.

3.° Il suo corso è lentissimo, ed assai lunga la durata.

4.° Nei primi tempi l'aspetto dell'infermo è florido: solo assai tardi sorge la cachessia cencerosa.

5.° Inutile o pregiudicevole è sempre la cura specifica della sifilide.

6.° L'epitelioma circoscritto è la regola

7.° La secrezione è piuttosto sierosa, o siero-purulenta non fetida.

GOMME SUPPURATE

1.° Nelle prostitute le gomme suppurate alla mucosa genitale è un fenomeno rarissimo, e passano anni talvolta prima di osservarne un caso.

2.° L'esordio, il progresso e l'esito, nulla hanno a che fare col cancroide: stabilita la piaga offre caratteri obbiettivi armonici con quelli del lupo sifilitico.

EPITELIOMA

1.° Frequente è il cancroide della mucosa genitale in confronto del morbo qui di contro segnato.

2.° L'errore diagnostico non può correre che volontariamente: l'anamnesi basta a sceverare questo morbo dalla gomma suppurante.

ACNE SEBACEO

1.° Nell'acne sebaceo circoscritto le croste sono formate da un miscuglio di grasso e di epidermide, tolte le quali non riscontrasi ul-

EPITELIOMA

1.° Nell'epitelioma mucoso, tolta la crosta, sta un'ulcerazione: nel raro caso di acne sebaceo dei genitali muliebri, non trovasi una vera crosta,

cerazione, ma solo veggonsi i rigonfiamenti degli orifici dei follicoli sebacei.

ma un intasamento sebaceo-epiteliale molle, che facilmente staccandosi scopre una superficie rossa, ma intatta.

Nota. — L'acne sebaceo in qualche raro caso può trasformarsi in luogo di epitelioma; la qual cosa non può recare sorpresa, ripensando all'elemento istologico predominante in ambedue i morbi, qual' è l'epitelio, che nell'acne eccede solo quantitativamente, e nel cancroide qualitativamente; due circostanze che sotto l'influsso di speciali motivi morbosi individuali possono armonizzare e consentire fra loro.

Chi maneggia le preparazioni arsenicali può incogliere specialmente alle mani nella piaga od ulcero detto arsenicale, che tiene qualche somiglianza coll'epitelioma: la sede, ed il mestiere guidano alla scoperta del vero.

Nei trattati più recenti di sifilografia ripetonsi le cose dette da *Boys de Lury* e *Costhils* intorno le ulceri così dette croniche dei genitali esterni muliebri. Se la diagnosi è facile allorchè la cronicità succede manifestamente all'ulcero vero locale, non la è così allorquando osservasi per le prime volte il malanno già antico; e dico ciò sapendo per esperienza, come quel morbo sia stato detto ulcero cronico, mentre era invece o una gomma cutanea suppurata, oppure un lupus, ovvero un epitelioma, il qual ultimo a preferenza fu equivocato coll'ulcero cronico suddetto. A togliere simile imbarazzo valga il seguente diagnostico differenziale:

ULCERO CRONICO	EPITELIOMA
1.° Trae la sua origine dall'ulcero locale.	1.° Esordisce coi segni dell'iperplassia epiteliale, e la piaga è a quella consecutiva.
2.° Si può presentare autoinoculabile anche per un tempo indeterminato.	2.° Non è mai auto-inoculabile fino dai suoi primordi.
3.° Prevale nelle donne di tempra scrofolosa.	3.° Non risparmia verun temperamento.
4.° L'ulcero cronico può rimanere per lunghissimo tempo stazionario.	4.° Va sempre progredendo più o meno lentamente.
5.° Il microscopio presenta l'istologia comune delle piaghe antiche.	5.° Il microscopio disvela gli eloquenti dati istologici dell'epitelioma.

Serve a differenziare o meglio a non confondere l'epitelioma col lupus sifilitico, valendosi di un' esatta ricerca degli antecedenti, e scorgendo come il lupus accompagnasi con altri segni di inquinamento sifilitico. Così dicasi della gomma, la quale suole governarsi cogli antecedenti del lupus. Ma conviene dire con tutta sincerità, che ad onta del buon volere del medico non gli è sempre dato poter discernere la vera indole del morbo, se non sa invocare con la debita sapienza i responsi del microscopio, il quale offrendoci cellule caudate od uncinate, ovvero con vani che ricordano un alveolo, cellule sformate, con goccioline di grasso, ecc. vi dice trattarsi di epitelioma, mentre informandovi agli insegnamenti del *Lebert* e del *Virchow* scorgerete quanto diverso sia l'istologismo del neoplasma sifilitico.

Il pronostico dell' epitelioma delle meretrici varia a seconda dei casi: se circoscritto, se esordiente, se lontano dall'osculo uretrale; in generale il pronostico è favorevole se invocasi sollecita ed energica medicatura: in condizioni opposte, ed in ispecie se interessa profondamente il canale uretrale la prognosi è in genere sfavorevole, perchè non è dato combattere il processo morboso, se non che creando guasti imponenti, mentre si cerca distruggere l' epitelioma in tutta l' area di sua esistenza, con l'altra ingratissima prospettiva della facile recidiva del morbo, che ne è la regola generale.

Uno dei fenomeni che non difficilmente sussegue all'ablazione chirurgica dell' epitelioma uretrale si è l' emorragia talora imponente e grave. Il ch. prof. *Rizzoli* narravami un suo caso in cui la perdita sanguigna arrecò seri timori.

La cura dell' epitelioma è una sola: distruggere *in totalità* il morbo, o col coltello, o coi caustici, o coll'applicazione locale del liquore del *Fowler* (1): ogni rimedio interno è vano: e quando tornino impossibili i detti soccorsi chirurgici, bisogna consigliare la meretrice di abbandonare affatto la prostituzione, per seguire i detta-

---

(1) Il sullodato illustre chirurgo Bolognese mi ha accertato il vantaggio conseguito dalla prolungata applicazione topica ad intervalli del liquore arsenicale del *Fowler*: con essa ha potuto annientare talun epitelioma, oppure frenarne e ritardarne i guasti.

mi di una sana igiene. In quanto ai mezzi locali, occorrono anzi tutto la massima nettezza e la sovrapposizione di sostanze ora ammollienti ed ora astringenti a seconda dello stato del morbo. Con tali cautele la vita può prolungarsi in generale senza gravi sofferenze: al contrario succede più o meno sollecitamente la cachessia, che ha molta consonanza con quella del cancro, prenunziata d'ordinario dai guasti progressivi delle glandole che consentono colla sede dell'epitelioma.

I seguenti fatti clinici da me osservati nel sifilicomio da me diretto serviranno ad esplicar meglio le cose surricordate.

Osserv. 1.ª — La Clelia N..... d'anni 30, di robusta costituzione, datasi di buon' ora al meretricio, contrasse varie infezioni veneree locali, e cioè, ulceri molli, blennorree utero-vaginali ed anco uretrali, morbi tutti che in breve tempo svanirono senza traccia consecutiva. Nel 1864 entrava nel sifilicomio per iscolo uretrale bianco perlaceo, alquanto denso: i balsamici e gli astringenti lo tolsero: ma non tardò molto a ricomparire, per cui ricondotta nel sifilicomio richiamò la mia attenzione lo stato particolare della mucosa uretrale. Il foro da cui esce l'urina mostravasi irregolare per rialzi migliariformi bianchi e lucenti; alcuni di questi (due o tre) erano grossi quanto un grano di frumento, ed in ispecie alla parte superiore interna dell'uretra fin dove poteva estendersi l'esame oculare: l'inferma accusava un senso di prurito con qualche fugace lievissima puntura a più o meno lunghi intervalli; era manifesto un distacco esuberante di epitelio: il passaggio delle urine poca noia arrecava. Astergendo la parte con filaccia, vidi un esalamento siero-sanguigno dipartirsi da quei rialzi che erano escoriati, per cui avvisavasi una perfetta abrasione epiteliale, che in qualche modo teneva somiglianza ad una superficie granulosa escoriata irregolarmente. L'osculo uretrale esterno appariva chiuso da un tumento mucoso a forma di anello, gemente sotto la pressione più lieve un umore bianco perlaceo denso, ma che imbrattavasi di globuli sanguigni se quel rialzo veniva compresso o fregato.

Non erano questi al certo i caratteri dell'ulcero molle, nè del calloso; non era un lupus nè una gomma; l'autoinoculazione escluse l'ulcero molle; la niuna pleiade nè allora nè in seguito, allontanò qualunque sospetto di ulcero calloso: non eravi motivo di accogliere il

diagnostico di lupus o di gomma perchè niun segno lí accennava; non rimaneva ragionevolmente che il diagnostico di epitelioma non ancora passato al pieno stato ulceroso.

Nell'istituire la cura volli distruggere un dubbio, quello cioè d'influenza sifilitica più o meno remota, vuoi nella genesi, vuoi nel mantenimento di questo epitelioma; e perchè meglio emergesse il valore del protoioduro di mercurio internamente porto, non l'associai a veruna cura chirurgica attiva, tanto più che io non so quanto avesse potuto riescire favorevole, ripensando come l'epitelioma fosse troppo internato nel canale dell'uretra. Niun benefizio, dopo un mese di somministrazione di quel mercuriale, potei avvertire nell'epitelioma; che anzi, seguendo suo costume, cominciò ad improntare i fenomeni dello stadio ulcerativo in modo però blando e lentissimo. Limitatomi all'uso dei balsamici e degli astringenti, dimisi questa donna dallo spedale, oprando in modo che cessasse dal meretricio, come quello che poteva travolgere il male in seri guasti. In quest' anno 1866 rividi la donna nel sifilicomio, perchè ridatasi alla prostituzione da breve tempo, offriva tale deterioramento uretrale da porgere sospetto di avvenuta infezione ulcerosa venerea. Quel timore potei in pochi giorni dissipare, e quindi ebbi modo di avverare i progressi dell' epitelioma intruretrale passato allo stato di ulcero fungoso bianco-rossigno, molto internato, avendo già distrutta buona parte della parete uretrale superiore: la piaga esalava un umore siero-puro-sanguigno in poca copìa, era poco sensibile al passaggio delle urine; avvertiva qualche trafittura ad intervalli: le glandole vicine normalissime; la nutrizione ottima.

Qualcheduno mi chiederà perchè non abbia invocata l'opera chirurgica fino dal primo momento in cui vidi la malattia di questa donna, e quindi perchè non applicai il caustico od eseguii la demolizione del neoplasma mediante il coltello? Mi trattenne l'estensione del morbo lungo la parete interna superiore dell'uretra: mi trattenne la ricordanza d'esiti infausti ad altri toccati oprando la distruzione dell'epitelioma posto nelle condizioni identiche a quelle della mia inferma, sia adoprando il caustico sia ricorrendo al tagliente: dopo l'opera dei quali vidi due cose; se l'epitelioma parve distrutto, ben presto recidivò sdegnoso che si fosse attentato alla sua esistenza: oppure inasprì a modo da estendersi con una ra-

pidità da sorpassare quella del cancro, non scevra da patimenti per parte dell'inferma. Con simili ricordanze, e coi fatti negativi rammentati anche dagli autori, dovevo io tentare la meta? Intanto io so che la donna non va quasi accorta del suo male, e corrono già tre anni; e tale benefizio io non temo di ascriverlo alle cure piuttosto igieniche che chirurgiche adoperate.

Osserv. 2.ª — C..... Filomena, d'anni 18, prostituta di abito linfatico godè sempre buona salute: a 14 anni divenne mestruata, e lo fu sempre regolarmente: ebbe in passato ulceri molli accompagnate da bubbone che suppurò, e patì catarro uterino ed uretrale, il quale ultimo recidivò parecchie volte. Ora sono tre mesi (agosto 1866) che fu inviata al sifilicomio per malattia ulcerosa del meato urinario, la quale esordì con senso di bruciore nell'emettere le urine, bruciore che cessava compito l'atto fisiologico. Vista dai medici visitatori la località sofferente sotto forma di una lievissima abrasione che facilmente sanguinava fregandola con pannolino, inviarono la donna nel sifilicomio, ove da me veduta ebbi a notare le seguenti cose. L'osculo uretrale ed un piccolo tratto interno del condotto apparivan gonfi come edematosi, irregolari per piccoli rialzi lievemente abrasi; laddove mancava affatto l'epitelio, l'ulcerazione presentava un fondo di un colore giallo sporco, granuloso, irregolare, secernente un umore siero-purulento scorrevole commisto a poco sangue, tosto che esercitavasi un soffregamento con pannolino: niun attendibile dolore, ma solo di quando in quando qualche ferita specialmente durante l'emissione delle urine: niun ingorgo glandolare nè alle inguini, nè altrove; mancanza assoluta di qualsiasi segno di sifilide costituzionale tanto prima, che ora. Il diagnostico che io credei dover formulare fu quello di epitelioma; e perchè ogni dubbio venisse tolto al confronto di quegli altri malori che possono equivocarsi coll'epitelioma, invocai l'ispezione microscopica, la quale confermò pienamente il mio giudizio. Non istetti in dubbio sulla scelta del soccorso terapeutico; il caustico attuale posi in opra con molto coraggio; parve giovasse, ma ben presto ne vidi l'inutilità; applicai la pasta di *Canquoin*, ed essa pure fu vana. Presentemente applico il liquore del *Fowler*, per ricorrere poscia al tagliente se quello non giova. In vista della costituzione scrofolosa dell'inferma somministro all'interno olio di fegato di merluzzo coll'ioduro di ferro. Per tale trattamento l'epitelioma appare migliora-

to: l'ultimo esame microscopico disvelò un distacco modico di epitelio. Il detto liquore ha dato completa sanazione.

Osserv. 3.ª — Angela degli E....., d'anni 27, di tempra linfatica, non ebbe mai infermità: d'anni 13 fu mestruata, di 16 andò a marito e mai fu madre. Nell'agosto 1865 avvertì un bitorzoletto al piccolo labbro destro che le procurava molto prudore, il quale sempre soddisfatto, fece sì che quel tubercolo si ulcerò con sortita di poche goccie sanguigne: nuovi rialzi duri apparvero ripetutamente, i quali estesamente escoriaronsi per soddisfare al molesto prurito da cui erano accompagnati: da tutto ciò nacque un'ulcerazione che giudicata sifilitica spinse la donna a ricoverare nella mia clinica sifilitica. L'esame obbiettivo lascio scorgere un' ulcerazione irregolare di forma, della grandezza circa di due centimetri quadrati, con orli frastagliati, in alcuni punti staccati e come pendoli: il fondo della piaga più o meno scavato, dove liscio lucente, dove alquanto livido e fungoso: la secrezione discretissima è siero-purulenta, di rado mista a sangue: gli orli gonfi e staccati somigliano al lardo: tale è l'indolenza del malanno che l'inferma quasi non lo avverte: non riscontrasi alcun disordine glandolare, nè qualsiasi altro patimento. L'epitelioma ulcerato comprende tutto il piccolo labbro destro, la massima parte del grande nella sua pagina interna, invade tutta la forchetta, minaccia l'osculo vaginale, e comincia a rimontare sul grande labbro sinistro.

Quantunque la diagnosi fosse per me univoca, ne volli l'assoluta certezza, che mi fu porta dal microscopio, il quale addimostrò tutto che spetta all'epitelioma.

In questo caso ho voluto far saggio della potenza del liquore del *Donovan,* e dell'applicazione topica del clorato di potassa (1): una tale duplice medela impiegata per oltre un mese portò un sensibile miglioramento. Giunte le cose a tale benefico punto la donna ha dovuto lasciar l'ospedale.

Il predominio nelle prostitute dell'epitelioma all'o-

---

(1) Tale rimedio mi ha grandemente giovato in un'epitelioma della guancia sinistra di un uomo: la pasta di cloruro di zinco, e poscia la sovrapposizione del detto clorato vinsero il detto epitelioma, che durava da 10 anni, nel periodo di 40 giorni.

sculo e canale dell' uretra, e la precorsa ripetuta blennorragia in tutte quelle donne che vidi colte dal surricordato malore, mi fanno sospettare che fra questo e quella esista un rapporto patologico causale. È un semplice dubbio, in quanto che una cotale coincidenza manca nell'uomo, in cui mai vidi l'epitelioma all' osculo uretrale ad onta che avesse patite più e più blennorragie. L' osculo uretrale della meretrice è più esposto all' opera morbosa di non pochi elementi irritativi d' indole varia, e non è quindi a maravigliarsi se avviene un' iperplassia epiteliale, che a lungo andare può dal semplice elemento quantitativo passare al qualitativo, come si disse poter avvenire nell' acne. Al cospetto di tale avvenimento io credo potersi prevenire nelle prostitute lo sviluppo dell' epitelioma nel modo che passo ad esporre.

Quando la mucosa dell' apertura uretrale mostrasi di un colore perlaceo, alquanto irregolare per lievi rialzi, secernente una specie di liquido sieroso, inodoro; quando il microscopio vi disvela delle papille ingrandite ricoperte di un grosso strato epidermico (iperplassia) in allora siamo ancora nella sfera dei tumori omeomorfi, ossia benigni, per iperplassia puramente quantitativa. Il medico in simili casi trovasi a fronte dei primi momenti genetici dell' epitelioma; se presto il combatte, in ispecie coll' opera chirurgica, caustico o coltello, potrà di leggieri prevenire un guasto che costituito nella sua pienezza, può togliere ogni benefico soccorso.

Mentre terminavo la compilazione di questo scritto (agosto 1866) entrava nella mia clinica una donna di anni 30, di ottima costituzione, perchè malata di catarro uterino. Pochi mesi prima era stata da me curata di ulceri molli e di blennorrea uretrale, da cui era pienamente guarita nello spazio di oltre un mese: la tintura iodale fu quella che vinse lo scolo dell' uretra. Io non so quale sia stata la vita di questa donna nel tempo antecedente al suo ingresso d' oggi nella clinica. So bene che le debite indagini eseguite mi hanno addimostrato essere questa donna malata di catarro acuto uterino e di esordiente epitelioma all' osculo uretrale. Anche in questo caso tento l' azione del liquore del *Fowler*, per ricorrere al potere chirurgico se quello torna inefficace. Il detto liquore dissipò il male nel lasso di due mesi. Tentativo che non può essere che imitato, ricordando la sapienza di chi me lo suggeriva, ed i felici risultati da quello stesso conseguiti.

Valga questo mio scritto ad invogliare i medici dei sifilicomi ad imprendere ricerche cliniche e terapeutiche relative all'epitelioma primitivo dell'osculo uretrale, in quanto che non conosco libri, come dissi, che trattino tale argomento, nè ricordo aver letto nei rapporti sanitari dei sifilicomi l'indicazione dell'epitelioma uretrale delle prostitute (1).

NOTIZIE EDITE

PATOLOGIA E TERAPEUTICA MEDICA

Saggio sul vaginismo dietro le idee del sig. MARION SIMS, per cura del dott. CARLO BERNADET, già interno degli ospedali di Parigi, laureato nella facoltà medica parigina.

Hassi ad intendere per vaginismo (vaginismus) uno stato d'iperestesia eccessiva della membrana imene e dell'apertura della vulva, accompagnato da spasmodica ed involontaria contrazione dello sfintere vaginale abbastanza considerevole per opporsi all'unione sessuale.

Come nella chirurgia oculare designasi col nome di blefarospasmo (blepharospasmus) lo spasmo doloroso delle palpebre, ed in medicina per laringismo intendesi la contrazione convulsiva dei muscoli della glottide, che ha per immediata conseguenza di dare alla voce il carattere che l'ha fatta designare col nome di stridula; così, per analogia, lo stato morboso che veniamo di definire ci par ben meritare, e con più logica ancora, il nome di vaginismo.

Si ha dunque torto, a nostro avviso, di mantenere a questo stato morboso la denominazione di atresia vulvo-vaginale o di atresia semplicemente, come suol farsi comunemente dai pratici. Questa denominazione applicasi infatti ad una ben altra malattia. L'atresia non è che una obliterazione più o meno completa, congenita od accidentale, del condotto vulvo-vaginale. Non altrimenti che la verginità fisica, essa differisce dal vaginismo per questo carattere essenziale, che il contatto degli organi sessuali non determina alcun dolore. Ogniqualvolta un fatto mi pare di capitale importanza mi prenderò

---

(1) Giornale delle Malattie Veneree e Cutanee. — Fasc. IX. p. 154. — Anno 1866.

cura di segnarlo. Due cose nella pratica dell'arte nostra contribuiscono a far considerare come poco frequenti certe affezioni di un'esistenza non equivoca. Son desse: 1. I casi difficili o poco studiati, che colpiscono meno l'attenzione dell'osservatore, o che più a lungo lo lasciano in un silenzio meditativo o riflessivo. 2. La natura speciale delle malattie che si incontrano negli ospedali, questi grandi centri d'osservazione e di esperienza. Per quanto grande sia la luce che essi possono gettare sul sapere di un uomo, egli non arriverà mai certamente a vedere ogni cosa. Egli passerà soventi anche tutta la sua vita senza che cadano sotto de' suoi occhi degli esempii di ciò che egli è allora tentato di considerare come cosa straordinaria o rara.

Egli è indubitabile che molte malattie nervose, per esempio, ed il vaginismo è una di lor mille varietà, si trovano in questa categoria. Esse appartengono più specialmente al dominio di tutte quelle varietà indeterminate di stati malatticci, che sono il portato di una civilizzazione più raffinata.

Esse fanno allora difetto negli organismi, non dirò più robusti, ma più rigidi e meno sensibili, che si offrono alla terapeutica negli stabilimenti ospitalieri. Il sig. Caffè ha posto in perfetta evidenza questo fatto per quanto riguarda la atresia vulvare in particolare, e questo potrà servire di scusa agli autori pel loro silenzio su questo punto curioso della patologia femminile.

Il vaginismo non è in realtà rarissimo, se ne abbiamo a giudicare dalla esperienza del sig. Marion Sims, che pare essere abbastanza estesa. Si è nella classe agiata che questo autore ebbe occasione di osservarlo. Le case di sanità eziandio destinate a questa categoria di malati possono accidentalmente racchiuderne. Sarebbe, per esempio, a Londra la casa chirurgica di West End, ed a Parigi la Casa Municipale di Sanità, ove una varietà rimarchevolissima se ne presentò all'attenzione degli allievi durante l'anno 1862, nel servizio del sig. Demarquay.

Il sig. Marion Sims osservò il suo primo caso nel 1857. Fu allora egli stesso molto imbarazzato, e confessa di non aver potuto dare un consiglio sopra una malattia a riguardo della quale i libri classici conservano un silenzio assoluto. Gli sembrò tuttavia che un trattamento chirurgico fosse solo capace di apportare un soccorso efficace. Nel Giugno del 1859 egli aveva già raccolto otto casi, e due anni dopo, nel mese di Dicembre del 1861, egli leggeva una memoria su questo importante soggetto davanti alla Società ostetrica di Londra. A quest'ora cotesto chirurgo ha operato per parte sua non meno di 39 casi di vaginismo, e sempre con un completo successo.

Sintomi. Finchè la donna vive nella continenza o nella castità, nulla

viene a rivelare la crudele affezione di cui essa è oggetto. I primi sintomi morbosi non si dichiarano, che nell' atto dei rapporti sessuali. La giovane innocente, che ha un' apprensione innata per i primi avvicinamenti coniugali, si inquieta dapprima, senza però smarrire il coraggio, che essa rinviene nel suo amore o nel sentimento de' suoi doveri; nondimeno i ripetuti tentativi di coito si fanno sempre dolorosi, i due sposi se ne sgomentano, e chiedono un consulto medico-chirurgico.

Si è quivi il luogo di distruggere ciò, che Marion Sims considera ragionevolmente come un errore.

Parecchi autori, Churchill e Deboux fra gli altri hanno sostenuto che lo stato di vaginismo non poteva opporre una seria resistenza al potere d' un marito forte e vigoroso. Ma l' esperienza ci dimostra il contrario. V' hanno degli esempii (ed il sig. Marion Sims ne ha visti molti), in cui la forza genetica dello sposo attinge dei limiti straordinarii, e ciò malgrado non potè mai trionfare dell' ostruzione dolorosa della vagina. In due casi, una dilatazione eccessiva (per mezzo di uno strumento adatto) si mise lungamente in uso e la contrazione spasmodica conservò esattamente il medesimo grado.

Si è un fatto oggidì ben constatato, e di cui ha fatto un prezioso acquisto la medicina legale, che una gravidanza può arrivare al suo ultimo termine, ed il parto effettuarsi senza che vengano distrutti i segni fisici della verginità. Il sig. Marion Sims è abbastanza inclinato a credere, che questi casi di parto a termine con persistenza dell' imene non siano altro che dei casi di vaginismo.

La rottura di questa membrana, e la distensione, che subiscono le parti della madre durante la espulsione del feto sono qualche volta (non sempre) favorevoli alla guarigione.

Una giovane sposa fu cloroformizzata dal medicó ed abbandonata in seguito a suo marito. Il coito, impossibile dapprima, si effettuò colla massima facilità, ma l' atto fisiologico non potè compiersi più tardi al ritorno della sensibilità. Fortuna che il momento era stato propizio: questo solo coito fu seguito da concepimento.

In un' altra circostanza meno fortunata, un marito ebbe il dolore di non poter servirsi della sua moglie, che sotto l' influenza del sonno anestetico. Al termine di un' anno essa ebbe una gravidanza che terminò felicemente. Dopo la nascita del fanciullo, egli ebbe alcuni rapporti senza far uso del cloroformio, ma così dolorosi che fu giuocoforza ricorrere di nuovo all' agente anestetico.

Egli è questo (per dirla così di passaggio) che Marion Sims chiama coito anestetico: « ethéreal copulation ».

Una seconda gravidanza seguì con aborto al terzo mese. Infin dei conti, malgrado questa espulsione dilatatrice, la povera donna non ebbe a guarire. Il perineo era stato lacerato fino alle fibre dello sfintere anale, e si era formata a livello della forchetta una cicatrice inodulare, che andava a finire in un tessuto inspessito, e che occupava sotto forma di anello la sede primitiva dell'imene. L'iperestesia si conservava eccessiva al menomo contatto.

Conveniva, di rigore, praticar la escisione del tessuto ammalato: imperocchè, senza pretendere che la cura e semplice dilatazione non possa render atti al coito dei casi di vaginismo, arriva pressochè costantemente che l'atto fisiologico si compia malgrado la dilatazione con dolore, e che divenga necessario, come diremo più in là, aggiungere alla estirpazione dell'imene, la divisione dello sfintere e la dilatazione consecutiva (3 operazioni) se vuolsi ottenere una guarigione radicale.

I sintomi, a dir proprio, caratteristici del vaginismo sono, gli uni razionali o subbiettivi, gli altri fisici od obiettivi.

Allorquando, nello scopo di esaminare un caso somigliante, si fa collocare la donna nell'attitudine che le si dà quando si procede all'esame collo speculo, vale a dire coricata sul dorso colle gambe flesse e rilevate, il chirurgo non tarda ad avvedersi come essa cada in preda ad un'agitazione insormontabile.

Una specie di terrore e di affanno indefinibile si dipinge sulla sua fisonomia. La memoria delle sue sofferenze, se l'esame è già stato tentato altra volta, la rende timorosa all'eccesso. Il signor Marion Sims la paragona ad un'ammalata che, avendo provato il contatto orribilmente doloroso di uno strumento acuto sul nervo messo a nudo in mezzo alla polpa dentaria di un dente carioso, teme oltre ogni dire una seconda simile esplorazione.

Per quanta sia dunque l'energia fisica ed il coraggio di una donna affetta da vaginismo, quando la si sottometta all'esame chirurgico di cui parliamo, le è impossibile di dissimulare il suo dolore. Il contatto il più leggiero, quello del dito, di una sonda od anche d'un capello, produce subito un'indicibile agonia.

Il dolore è vivissimo a livello e da ciascun lato del meato orinario, là precisamente ove la membrana imene prende la sua origine.

Esso aumenta ancora a livello dell'orifizio della ghiandola vulvo-vaginale, ma soventi si è alla forchetta, là ove l'imene si solleva, che riscontrasi il punto più doloroso. Si trovano di più qualche volta, a titolo di complicazione, al meato orinario, ed all'orifizio delle ghiandole di Huguier, delle piccole escrescenze rossastre, polipose, specie d'ipertrofie o d'obliterazioni ghiandolari.

Tutta la superficie esterna dell' imene è sensibile, ma essa lo è di più là dove questa membrana si sdoppia verso la sua base. Il minimo contatto non vi produce solo del dolore, ma risveglia nel medesimo tempo una contrazione spasmodica, involontaria e simultanea dello sfintere dell' ano e della vulva.

Cosa bizzarra! Se dopo aver fatto passare un' istrumento qualunque, una sonda, per esempio, attraverso l' orifizio, che attraversa l' imene, senza toccare la sua esterna superficie, si venga a comprimere in seguito dall' alto in basso o dall' indietro all' infuori verso la sua superficie interna o superiore, non vi si scopre alcuna sensibilità anormale.

Il più spesso l' imene è inspessito e voluminoso. Oltrepassando il suo orifizio, il dito percepisce un bordo libero, duro e resistente, come se egli fosse limitato da un anello di fil di ferro.

In alcuni casi non vi ha complicazione: in altri esiste rossore ed eritema della forchetta.

Quanto alla sanità generale, si capisce come essa sia soggetta ad alterarsi in limiti più o meno variabili, dipendenti essi stessi da individuali idiosincrasie.

Diagnostico. In un' affezione che ha sintomi così tracciati, e così particolareggiati non vi ha quasi errore a commettere. La confusione è tuttavia possibile coll' imperforazione dell' imene, e l' atresia della vagina.

Ma quivi l' esame medesimo non verrà egli a rilevare con qual lesione fisica o funzionale si abbia a fare? Infine nell' imperforazione dell' imene, e nell' atresia vaginale il dolore al tatto non esiste necessariamente. Vi ha ostacolo meccanico all' introduzione del dito nella vagina, ecco tutto; mentre che il contatto più leggiero determina nelle donne affette da vaginismo un dolore eccessivo, ed è questo il principale carattere diagnostico.

Il pronostico può considerarsi dal punto di vista morale e fisico.

Nei paesi ove regna sul matrimonio una legislazione differente dalla nostra, si capisce che il vaginismo oltre i dissapori, che egli semina nella vita coniugale, possa divenire, pel fatto di sua esistenza, causa a separazione o motivo a divorzio. Fortuna che quivi la chirurgia pare veramente onnipossente. Ascoltiamo la consolante conclusione a cui l' esperienza condusse il sig. Marion Sims. Io traduco le sue parole pressochè testualmente: « La mia personale osservazione mi permette di affermare che nessuna altra malattia può divenire fra due sposi fonte più amara di dispiaceri; ma per contro, io ho la soddisfazione di confessare, di non conoscere alcun' altra malattia che possa guarire in modo così facile, certo e sicuro ».

La scienza non si è ancora fermata su questa affezione bizzarra. I fatti

mostrano che, se per esempio in una prima operazione, il chirurgo ha dimenticato qualche parte, qualche tubercolo indurato dell'imene, che richiami in seguito il dolore; se, dico, si venga ad escidere questo tessuto morboso, la sofferenza sparisce con una sì grande prontezza, come se si venisse da estirpare un neuroma sottocutaneo. Per questo il sig. Marion Sims ha potuto credere per un momento che i sintomi di vaginismo fossero dovuti a dei nervi neuromatizzati. Ma il celebre professore Clark avendo, dietro suo invito, e nello scopo di rischiarare questa questione, esaminato al microscopio degli imene di donne affette da questa malattia, non potè discoprire nella loro trama alcun filamento nervoso ipertrofizzato.

Il trattamento deve essere interamente chirurgico e comprende tre operazioni in tre tempi cioè:

1. L'estirpazione dell'imene;
2. La divisione delle fibre dello sfintere vaginale;
3. La dilatazione consecutiva.

Quest'ultima operazione è inutile senza le due prime. Il suo impiego, dopo il loro compimento, contribuisce a rendere il successo facile e durevole. Bisogna ben sapere che, colla dilatazione, si può senza dubbio giungere a permettere l'introduzione del membro virile ed il coito; ma nella maggior parte dei casi quest'atto fisiologico resta dolorosissimo: le guarigioni sono incomplete, le recidive facili.

Tutte le volte, al contrario, che questa dilatazione è preceduta dall'estirpazione dell'imene, e dalla divisione dello sfintere vaginale, i rapporti sessuali si compiono senza sofferenza e la guarigione è assicurata.

Ciò posto, io descriverò l'estirpazione del sig. Marion Sims.

Estirpazione dell'imene. Si colloca l'ammalata sul fianco sinistro. Il chirurgo afferra la membrana imene con un paio di pinze delicate, precisamente a livello della sua congiunzione coll'uretra del lato sinistro. Egli la tende poscia, la incide in tutta la sua circonferenza, di guisa da toglierla a poco a poco d'un sol pezzo. Alcune compresse graduate bastano per lo più ad arrestare l'emorragia: se lo scolo sanguigno fosse eccessivo, si potrebbe ricorrere al persolfato di ferro. In tre o quattro giorni la superficie cruentata si cicatrizza, e si può allora cominciare l'operazione per la cura radicale. La estirpazione dell'imene è in realtà lontana dal ricondurre per sè sola una guarigione assoluta. La cicatrice circonferenziale, che segna la sua inserzione all'entrata della vagina, resta soventi la sede di una sensibilità eccessiva, e l'orifizio vulvare sembra circoscritto da un'anello indurato, come se fosse orlato da un filo di ferro. Il sig. Marion Sims, nei suoi primi tentativi divideva questa cicatrice ora in un senso ora in un'altro,

ma si è frattanto definitivamente arrestato al metodo seguente, migliore e più sicuro.

Divisione dello sfintere vaginale 2.° tempo dell'operazione del sig. Marion Sims. — La malata cloroformizzata, è adagiata sul dorso, come se si trattasse di praticarle la litotomia. Il chirurgo introduce nella vagina l'indice ed il medio della mano sinistra. Egli li allontana in seguito lateralmente di guisa a tenere più divaricate che sia possibile le pareti della cavità vaginale, appoggiandosi sulla forchetta, che trovasi così distesa. Allora, con un bistori ordinario, intacca profondamente lo sfintere vaginale da un lato della linea mediana, dirigendo la sua incisione dall'alto in basso, per arrestarla al rafe del perineo. Quest'incisione forma il lato di un ipsilon.

Egli introduce di nuovo l'istrumento nella vagina mantenendo sempre allontanate, come sopra, le dita indice e medio.

Praticata dall'altro lato un'incisione simile alla precedente, la dirige come quella dall'alto in basso, finchè venga a ricongiungersi colla prima a livello, o poco presso, del pireneo, e prolungata infine la linea di loro unione fino agli integumenti del perineo. Ciascuna incisione deve avere due pollici di lunghezza, vale a dire: mezzo pollice al più, al disopra del margine dello sfintere vaginale: mezzo pollice al più, a traverso alle sue fibre muscolari, che egli divide; ed un pollice al più dal suo margine inferiore fino al rafe perineale. Esse possono del resto variare secondo gli individui, e lo sviluppo delle parti su cui opera il chirurgo.

Dilatazione o 3.° tempo dell'operazione. Per completare la guarigione egli è necessario che l'ammalata porti, per un certo tempo e convenevolmente adattato, un dilatatore. Ve n'ha di più sorta; in metallo, in avorio ed in vetro. Si è di quest'ultimo che il sig. Marion Sims servesi più soventi. Ha il vantaggio di permettere ad un tempo l'inspezione della superficie incisa e di tutta la cavità della vagina.

Nel caso di forte emorragia dopo la divisione dello sfintere, il dilatatore deve essere introdotto immediatamente; ma per lo più l'introduzione non deve essere fatta prima delle 24 ore.

Lo si lascia in un luogo due o tre ore per seduta. La sua introduzione cagiona una certa sofferenza, ma essa non ha nulla di paragonabile collo straordinario dolore così caratteristico della malattia di cui parliamo.

L'ammalata porterà l'apparecchio due ore il mattino, e due o tre ore dopo mezzodì od alla sera; qualche volta anche di più.

Il sig. Marion Sims ha conosciuto poche donne che lo tenessero otto ore di seguito senza toglierlo via. La rapidità con cui le incisioni si cicatrizzano

è soventi sorprendente, ed essa è probabilmente facilitata dalla pressione del tubo di vetro.

La dilatazione deve essere fatta tutti i giorni per tre settimane, fino all'intiera cicatrizzazione delle ferite ed all'abolizione di ogni sensibilità dolorosa.

Ecco la descrizione del dilatatore: La sua chiusura ad una estremità, lo rende più facile a mantenersi per mezzo di un bendaggio a T. La depressione centrale impedisce la compressione traumatica, che un cilindro tutt'affatto rotondo vi determinerebbe infallibilmente dopo due o tre ore di applicazione. Essa facilita eziandio il mantenimento in sito del dilatatore.

Qualche volta, si sopprime l'arresto del padiglione per mettere le grandi labbra al coperto da ogni fregamento. Bisogna eziandio che l'istrumento non sia troppo lungo, senza di che la sua pressione sul collo uterino produrrebbe al certo dolore. Lo scopo della curva inferiore della estremità conica del dilatatore è di impedire la sua pressione sull' utero.

Risultati. Su 39 casi di vaginismo, operati in questa guisa, il sig. Marion Sims ha ottenuto 39 successi. Nelle sue osservazioni, oltre la sterilità inevitabile, vi aveva fra le altre complicazioni, una mestruazione dolorosa, un collo conico, una contrazione spasmodica del collo, un tumore poliposo, un dislocamento d'utero, ecc. Il concepimento ha potuto aver luogo dopo l'operazione, e molte altre donne di cui egli non ha più inteso parlare, sono state senza dubbio capaci di concepire egualmente.

In oltre, in tutti questi casi operati, il matrimonio datava da diciasette, quindici, dodici, due anni almeno.

In alcuni le relazioni sessuali non erano state che incomplete, ma nella grande maggioranza, esse non avevano mai potuto compiersi.

(*Gazzetta Medica Italiana.* 13 *Ottobre* 1866).

Sul brodo di carne e suo potere terapeutico.

La carne risulta di una parte che non si scioglie nell'acqua e di un'altra che vi si scioglie. Ora tutto il segreto di avere un buon brodo sta nel saper estrarre tutto ciò che in essa v'ha di solubile e farlo entrare nel brodo. Ecco perchè si fa male a lavare con grande acqua la carne prima di assoggettarla in qualsiasi modo a dar brodo; infatti i ripetuti lavacri sperdono sempre una buona parte dei suoi principii solubili. Per la stessa ragione si consiglia di tagliuzzarla, affinchè più facilmente questi principii escano fuori dalla sua massa ad arricchire il brodo. Similmente si raccomanda di fare il trattamento a freddo, almeno in principio solamente, perchè altrimenti il ca-

lorico dell' acqua bollente, coagulando l'albumina che trovasi nella parte periferica della carne, creerebbe una specie di corazza impermeabile, e impedirebbe così la fuoruscita ai detti principii.

Però, addentrando un poco più la quistione, il segreto di avere un buon brodo non istà veramente tutto in ciò che sopra abbiamo detto, cioè nel saper estrarre dalla carne tutto ciò che in essa vi ha di solubile. Vero è che molti così la pensano, ed è per ciò che preferiscono il brodo di carne cruda a quello di carne cotta, giacchè il primo contiene di più l'albumina e l'emato-globulina, che nel secondo vanno perdute sotto forma di schiuma: e quando si fa uso, come fa Liebig, anche dell'acido cloroidrico, la massa della carne rigonfiandosi permette ancora più facilmente la uscita a tutti i suoi principii solubili. Sicchè, dove fosse vero in tutta la estensione del termine l'enunciato di sopra, nessuno potrebbe non associarsi a coloro che preferiscono il brodo di carne cruda.

Ma non è così. In quest' ultimo brodo mancano molti di quei principii odorosi ed aromatici che esistono in quello di carne cotta, e che hanno tanta importanza fisiologica e terapeutica, perchè essi non preesistono nella carne, ma si generano appunto colla cottura, come la gelatina dai tessuti gelatigeni. Quindi, prima di andare innanzi, io per me, d'accordo col Capezzuoli, respingo interamente l'uso dei brodi crudi, anche perchè, come or ora vedremo, la somma delle sostanze albuminoidi che in essi può trovarsi riducesi a ben piccola cosa, e può d'altra parte rimpiazzarsi con vantaggio per mezzo delle uova, secondo che lo stesso Capezzuoli propone e nel nostro ospedale clinico si pratica. Ma su ciò ritorneremo più tardi.

Banditi dunque dalla cucina e dalla clinica i brodi crudi, non ci resta che di seguitare a ragionare di quelli cotti, onde stabilirne scientificamente il potere terapeutico.

Che cosa si contiene in un buon brodo di carne cotta? Vi si contiene prima di tutto dei sali inorganici, fra cui molti cloruri, vi si contiene la così detta materia organica estrattiva e finalmente della gelatina. Non parliamo della materia grassa, perchè abbiamo detto che il brodo dev'essere bene sgrassato. La materia organica estrattiva poi risulta di alcune sostanze più o meno azotate, quali sono la creatina, la creatinina, l'acido inosico, la sarcina; di altre idrocarbonate, che sono l'inosite e l'acido lattico, parte salificato e parte libero; finalmente di sostanze aromatiche più o meno sconosciute.

Ora, di tutti questi principii nessuno può dirsi veramente nutritivo, se ne eccettui quella poca gelatina, di cui taluni mettono pure in dubbio il potere nutriente, ma che in realtà, quando non sia amministrata sola, nè in

gran copia, pare che nutrisca così bene come l'albumina. Tutti gli altri principii o sono escrementizi, o si scompongono dentro l'organismo nel breve periodo di poche ore.

Il brodo dunque anche *a priori* non può ritenersi che come un pessimo nutritivo. E che tale sia difatti, quando ogni altra prova mancasse, basterebbe a parer nostro a dimostrarlo il seguente esperimento del Dumas, il quale avendo nutrito una cagna prima con la carne di cavallo e poscia col pane bagnato al brodo della stessa carne, trovò che il latte raccolto sotto la influenza della prima nutrizione era di quasi due quinti più ricco dell'altro in burro e caseina.

Ma ciò non basta. Tutta la somma dei principii possibili a sciogliersi nel brodo, non rappresenta, giusta le esatte ricerche del più volte citato Capezzuoli, che appena i tre centesimi, quando è cotto, e i cinque cent. quando è crudo, della carne impiegata. Che cosa si vorrebbe dunque sperare per la nutrizione dal brodo di 1 o 200 grammi di carne, posto pure che tutti i materiali in esso disciolti fossero nutritivi?

La fibrina, che rappresenta la essenza nutritiva della carne, non si trova punto nel brodo; e se qualche fibrilla pur vi si scioglie dietro una cottura protratta, essa non è più fibrina normale, ma fibrina profondamente alterata e non più buona per la nutrizione.

Si rammentino i lettori che molti fisiologi vorrebbero che la carne si mangiasse cruda, perchè la cottura ne altera sempre, secondo essi, il potere nutritivo. Ora se questa è senza dubbio una esagerazione che deriva dal non calcolare lo stato presente della civiltà e l'abitudine omai ereditata da secoli di mangiare carne cotta, non è meno esagerata l'altra opinione che ritiene la carne tanto migliore quanto più è cotta.

Dietro tutti questi riflessi non è possibile riconoscere nel brodo una positiva forza nutritiva. Intanto chi può negare il ristoro che dà una tazza di buon brodo tanto a chi sta bene, quanto a molti malati? Or bene è qui il luogo di richiamarci alla mente quei principii aromatici e fragranti, più o meno sconosciuti ma pur reali, che rendono ricercati i brodi. Questi principii stimulano i nervi del gusto, attivano la secrezione della saliva e del succo gastrico, e forse penetrati nel circolo eccitano piacevolmente l'intero sistema nervoso. In questa guisa considerato, il brodo non sarebbe che un digestivo e insieme un eccitante diffusivo, e, come si esprime lo stesso Capezzuoli, farebbe presso a poco ciò che fa un bicchiere di buon vino una tazza di buon caffè.

Essendo così, come noi riteniamo, perchè temer tanto di dare una tazza di brodo ad un febbricitante, specialmente per tifo od altra malattia che

spossa l'infermo? Quando il brodo si riteneva per la quintessenza della carne, si poteva avere una certa ragione di ciò fare, ma ora sarebbe una vera paura.

E paura e non altro vuol dire quella comune prescrizione in Napoli di *pasta scaldata* ai malati che escono da una febbre acuta qualunque, ai quali si amministra il brodo quando forse non serve più. Non è che queste paste scaldate non sieno buone a qualche cosa, ma potrebbero, almeno in taluni casi, riuscire assai più utili nel brodo, salvo quando per ragioni speciali questo non si dirigesse o l'infermo ne rimanesse disturbato. Ma questi casi eccezionali sono assai rari allorchè il brodo è ben fatto e specialmente bene sgrassato.

Dopo ciò io debbo aggiungere che nel nostro ospedale clinico, quando si vuole dal brodo anche un' azione decisamente nutritiva, vi si fa aggiungere uno o due tuorli d'uovo. Questi tuorli si sbattono in una tazza con o senza zucchero, e dopo vi si versa il brodo ben caldo e si rimescola. Si fa insomma presso a poco quello che fanno i caffettieri quando viene loro ordinato un *rosso d'uovo al caffé*. E questo brodo così fatto si amministra a cucchiai a brevi intervalli, quando non si crede opportuno ancora dare la carne o le uova stesse altrimenti acconciate.

E qui porrei termine all'argomento del brodo, se non mi premesse di parlare di un' altro pregiudizio non ancora del tutto spento che corre intorno ad esso, e se per connessione d'idee non mi fosse sorto in mente di parlare un poco anche della migliore preparazione di carne che deve darsi ai convalescenti. Ma di ciò nel prossimo numero.

(Gazzetta Medica di Torino. 29 Ottobre 1866).

VARIETÀ

—

CONGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE DI PARIGI

Tutti i giornali francesi recano il programma del Congresso medico internazionale, che si terrà nell'ottobre del venturo anno a Parigi, del quale esponiamo quivi gli statuti ed il programma:

1. Un Congresso medico internazionale sarà aperto a Parigi, il 16 agosto 1867, sotto gli auspicii di S. E. il Ministro dell'istruzione pubblica.

2. Il Congresso, esclusivamente scientifico, avrà la durata di due settimane.

3. Il Congresso si comporrà di membri fondatori nazionali e di membri aderenti stranieri.

Saranno membri fondatori i medici francesi, che ne faranno domanda al Comitato di organizzazione; il prezzo di sottoscrizione è stato fissato a fr. 20.

Saranno membri aderenti i medici stranieri che invieranno la loro adesione al segretario generale (M. le docteur Iaccoud, 4, rue Drouot, à Paris). Essi saranno esonerati da ogni contribuzione pecuniaria.

4. I membri del Congresso, fondatori o aderenti, avranno soli diritto a prendere parte alle discussioni.

5. I lavori del Congresso si comporranno:

a) Di comunicazioni sulle questioni proposte dal Comitato.

b) Di comunicazioni sopra oggetti estranei al programma.

6. Il Comitato ha stabilito il seguente programma:

I. Anatomia e fisiologia patologica del tubercolo. — Della tubercolosi nei vari paesi e della sua influenza sulla mortalità generale.

II. Degli accidenti generali, che inducono la morte dopo le operazioni chirurgiche.

III. È egli possibile di proporre ai diversi governi alcune misure efficaci per restringere la propagazione delle malattie veneree?

IV. Della influenza dell'alimentazione usata nei varii paesi sulla produzione di certe malattie.

V. Della influenza dei climi, delle razze e della vita sulla mestruazione nelle diverse regioni.

VI. Dell'acclimazione delle razze d'Europa nei paesi caldi.

VII. Degli entozoari e degli entofiti che possono svilupparsi nell'uomo.

7. I membri fondatori o aderenti, che desidereranno fare una comunicazione sopra una delle questioni del programma o su altro soggetto, sono pregati diriggere il loro lavoro al Segretario generale, tre settimane almeno (26 luglio) innanzi l'apertura del Congresso.

Il Comitato deciderà della opportunità delle comunicazioni e dell'ordine giusta il quale saranno fatte.

8. Le sedute del Congresso avranno luogo ogni giorno, eccettuata la domenica. Esse si terranno alternativamente di giorno e di sera; quelle di giorno dureranno da 2 a 6 ore; quelle di sera dalle 8 alle 10 ore.

9. Ogni questione non occuperà che una seduta e l'ordine del giorno sarà regolato come segue: 1° lettura sulle questioni del programma; 2° discussioni; 3° ove il tempo lo permetta, comunicazione dei lavori lasciati all'iniziativa individuale. Le sedute di sera saranno esclusivamente consacrate ad essi.

10. Un *maximum* di 29 minuti sarà accordato ad ogni lettura.

11. Alla prima seduta il Congresso nominerà le cariche, che si comporranno di un presidente, di un segretario generale, di segretari delle sedute.

12. Finito il Congresso, il Comitato di organizzazione riprenderà le sue funzioni per procedere alla pubblicazione degli atti del Congresso.

13. Tutte le memorie lette al Congresso saranno deposte, dopo ogni seduta, in mano del Segretario generale. Sono esse proprietà del Congresso.

14. Gli allievi in medicina riceveranno viglietti d'ingresso, ma non potranno essere ammessi a prendere la parola.

Per il Comitato: il Presidente Bouillaud.

Il Segretario generale Jaccoud.

Nello scopo di limitare e precisare le questioni del suo programma, il Comitato consegnò nei seguenti commentari le indicazioni dei punti ai quali desidera che gli studi sieno specialmente diretti.

Questione I.

Anatomia e fisiologia patologica del tubercolo. — Della tubercolosi nei varii paesi e della sua influenza sulla mortalità.

Or fan pochi anni, pareva che la storia anatomo-patologica dell'alterazione, che si convenne designare col nome di tubercolo, fosse pienamente esaurita; il modo di sviluppo, la sede anatomica e le conseguenze di questa alterazione parevano già precisate.

Asserzioni emesse di recente e che sono ben lungi dall'essere conformi ai dati generalmente accettati, sollevarono dubbi e fecero nascere esitazioni riguardo all'anatomia ed alla fisiologia patologiche del tubercolo.

Sarebbe utile il sapere se le divergenze alquanto marcate, che esistono a questo riguardo fra gli osservatori, debbano riferirsi a differenze provenienti dalle circostanze fra le quali si sviluppa l'alterazione, o se esse non risultino che da una differente interpretazione di fatti identici.

Sarebbe dunque a indagare:

Se esista realmente una produzione speciale od anche *specifica*, la quale possa essere considerata siccome caratteristica del tubercolo.

Qual è precisamente il modo di formazione di questa alterazione patologica.

Infine se essa ha una sede anatomica esclusiva, determinata e identica in tutti gli organi.

In queste indagini è desiderabile che le dimostrazioni anatomiche ed istologiche abbiano maggiore sviluppo delle interpretazioni e degli apprezzamenti teorici, e che le impressioni personali o le deduzioni speculative, non sieno sostituite agli esperimenti ed all'osservazione rigorosa.

Si dovrà precisare, per quanto è possibile, il valore e la importanza di certe alterazioni che per molti osservatori sono di natura tubercolare, mentre per altri muoverebbero da un processo veramente flogistico.

Come si vede, trattasi specialmente della forma di alterazione designata da certi autori col nome di pneumonia caseosa.

È egli realmente possibile di inoculare il tubercolo a guisa delle malattie virulente? Tale questione, sollevata in questi ultimi tempi, domanda ancora una soluzione, alla quale i lavori sollecitati dal Congresso potrebbero concorrere.

Quanto alla seconda parte della questione, si dovrà soprattutto cercare di precisare le condizioni etiologiche, che nei diversi paesi sono considerate di una influenza attiva e preponderante.

La influenza dell'età, del sesso, del clima; quella delle razze diverse, delle abitudini sociali, delle bevande, degli alimenti, delle industrie speciali ai luoghi nei quali si farà la osservazione; infine l'azione esercitata da malattie anteriori e coincidenti saranno adunque altrettanti punti particolari, sui quali dovrà richiamarsi l'attenzione.

Studiando queste varie questioni con la scorta dei materiali di osservazione diretta, dei quali ciascuno potrà disporre personalmente, si riuscirà certamente a far progredire la scienza molto più che coll'accumulare, a proposito di tali soggetti, le citazioni e le ipotesi.

Le forme sintomatiche le più abituali in questa o quella località sono a significarsi per la loro importanza, e così pure le complicazioni le più frequenti, nonchè l'influenza che esse possono esercitare sulla tubercolosi, sia sollecitandone che rallentandone l'andamento.

È del pari desiderabile che si possa studiare nei diversi paesi la influenza che la tubercolosi può esercitare sullo sviluppo, sulla forma sintomatica, il corso e più specialmente la fine di altri morbi.

Ciò diverrà mezzo per conoscere « la influenza della tubercolosi sulla mortalità generale nei diversi paesi, » questione, la cui importanza non è a porsi in dubbio, ove si considerino le stragi che quest'affezione esercita dovunque sulle popolazioni.

Egli è di molta importanza, e non si insiste mai troppo sopra questo punto, che i documenti invocati nello studio di queste varie questioni sieno esatti per quanto è possibile. Si dovrà adunque sottoporre ogni informazione, sopratutto se statistico-amministrativa, a riscontri rigorosi, prima di accettarli siccome materiali di un valore positivo.

Questione II.

Degli accidenti generali che inducono la morte dopo le operazioni chirurgiche.

Malgrado i progressi incessanti della terapia chirurgica, il perfezionamento continuo delle manovre operatorie, la ricchezza degli apparecchi strumentali, l'attenzione scrupolosa riguardo al regime ed all'igiene degli operati, la morte sussegue ancora troppo di frequente alle operazioni cruente. Questo esito fatale è a ripetersi da molte cause, che sono a dividersi innanzi tutto in categorie.

Ora si deve accagionarne errori od accidenti, dei quali il pratico è risponsabile.

Ora la morte è da attribuirsi non già all'atto operativo, ma alla malattia che l'ha necessitato, alla complicazione che fece nascere, alle cause generali che l'hanno generata.

Queste cause di morte facilmente apprezzabili, comunque ricordate dalla Commissione, non esita però essa ad eliminarle dal quadro della questione proposta. L'attenzione degli osservatori dovrà di preferenza fissarsi sopra

una terza categoria di accidenti, di una eziologia molto meno nota.

Una operazione è stata eseguita in modo irreprensibile, non ha interessato alcun organo essenziale alla vita; i processi riparatori naturali convenevolmente diretti, mantenuti nei giusti limiti e sbarazzati da ogni ostacolo, devono realizzare senza più una guarigione che sembra assicurata. Non pertanto si vedono emergere accidenti che non possono riferirsi nè alla estensione, nè alla natura del traumatismo, nè alla negligenza di un precetto pratico qualunque.

Queste complicazioni formidabili sono, per non citare che le più comuni, il flemmone diffuso, la gangrena, la resipola, l'angioleucite, la flebite, la pioemia, il tetano ecc.

Questi accidenti, che sono di tutti i tempi e di tutti i paesi, furono da lunga pezza studiati. Si lotta anche sovente contro di essi con più coraggio che successo, ma le cause che presiedono al loro sviluppo sono ancora oscure. Sembrerebbe anche non si mostrassero nè sempre, nè dovunque sotto un medesimo aspetto e con la stessa frequenza. Così il tetano, il quale nei paesi caldi complica spesso i traumatismi più lievi, è proporzionatamente assai raro nelle latitudini temperate. Alla infezione purulenta con flebite ed ascessi metastatici, così bene descritta dai classici, parrebbe, a' nostri dì e nei grandi ospedali, avere susseguito quale causa di mortalità le resipole gravi e certe forme latenti di pioemia.

Così infine alcune grandi operazioni, la ovariotomia, le resezioni, le amputazioni danno risultati sì diversi nel nostro paese e nelle contrade oltre la Manica, che si potè domandare se le popolazioni d'Inghilterra non offrissero per avventura una maggiore tolleranza pei traumatismi. Opinione singolare che appoggiano, almeno in apparenza, i risultati conseguiti negli annali militari, dopo le campagne di Francia e di Crimea.

Questi dati ancora ipotetici, cioè piuttosto intraveduti che dimostrati, la Commissione li offre siccome problemi degni di soluzione.

Essendo la nosografia delle affezioni precedentemente enumerate a sufficienza illustrata, sarebbero superflue le particolari descrizioni di esse. L'inchiesta dovrà dunque occuparsi dei punti seguenti:

1° La mortalità dopo le operazioni chirurgiche è dessa eguale in tutti i paesi, o varia secondo la razza ed i climi?

2° Le affezioni generali, che la determinano, mostrano esse dappertutto la stessa frequenza relativa e le stesse forme patologiche?

3° Nel caso fossero verificate differenze notevoli, data la sua parte alla razza ed al clima, quale importanza sarebbe da assegnare al regime, ai modi di medicazione e di cura, all'igiene generale ecc.?

Le risposte a tali questioni difficili ed importanti dovranno essere basate, per quanto lo si possa, non sopra impressioni e ricordi, ma sopra documenti statistici bastevolmente espliciti e raccolti con tutto il rigore della scienza odierna.

Questione III.

È egli possibile di proporre ai diversi Governi alcune misure efficaci per restringere la propagazione delle malattie veneree?

I diritti della libertà individuale impongono alla discussione di tale questione dei limiti naturali, cui non può oltrepassare. La soluzione del problema non sarà dunque a cercarsi in una nuova penalità, applicabile agli individui che vivono sotto la legge civile comune, ma in un altro ordine di idee; l'esame dei punti seguenti darà verosimilmente luogo a conclusioni giovevoli.

La influenza rispettiva nelle varie specie di prostituzione sulla propagazione delle malattie veneree non è che imperfettamente conosciuta. Ora v'è in ciò una questione preliminare, la cui importanza non è dubbia. Se infatti documenti positivi, di provenienza varia, dimostrassero che esistono a questo riguardo differenze notevoli fra la prostituzione tollerata e reggimentata e la prostituzione clandestina; queste informazioni, se precise, potrebbero costituire il punto di partenza di nuove misure amministrative, che, leggittimate per giunta dalla osservazione scientifica, sarebbero già per sè stesse un vero progresso.

Quali fossero per essere i risultati di questa inchiesta è oggidì accertato che la sorveglianza della prostituzione è insufficiente dal punto di veduta della salute pubblica. Un riscontro più efficace è adunque necessario, ed è quindi opportuno l'esame dei migliori mezzi atti a conseguirlo.

Non sarà meno opportuno di ricercare se alcune misure speciali possano applicarsi ai soldati e marinai, dacchè in ogni paese queste grandi agglomerazioni d'uomini costituiscono dei focolari di contagio, la cui potenza eccezionale è nota da lunga pezza.

Tali sono le principali questioni sollevate da questo imporiante problema di igiene pubblica. Se alcune conclusioni rigorose sono formulate sull'uno o l'altro di questi punti, le deliberazioni del Congresso potranno servire di base a proposte motivate da sottoporsi all'esame dei Governi.

Questione IV.

Dell' influenza dell' alimentazione, in uso nei diversi paesi, sulla produzione di certe malattie.

La importanza dell'alimentazione nella produzione delle malattie non è contestata. Ma, in ragione anche dell' interesse che essa presenta e delle numerose questioni che solleva, il soggetto è troppo vasto per essere trattato utilmente nel suo assieme; così la Commissione ha giudicato opportuno di circoscriverlo fra limiti più ristretti. Con questo scopo, ed attenendosi di preferenza ai dati meno noti, essa eliminò dal programma lo studio delle bevande e dell'alimentazione insufficienti, la cui azione morbigena è chiaramente dimostrata; le indagini saranno adunque limitate all'alimentazione esclusiva ed all'alimentazione dannosa.

Nel primo ordine di fatti si studieranno le malattie accidentali, endemiche o epidemiche, che possono risultare sia dall'alimentazione esclusiva, vegetale o animale, sia dall'uso abituale e prevalente di certe sostanze, e si cercherà di cogliere le ragioni fisiologiche dei fenomeni morbosi che ne derivano. A questa stessa classe di fatti appartengono anche gli accidenti che producono diversi modi di preparazione, l'affumicamento, ad es., la salatura, l'essiccamento. Corollarii dei primi, i fatti di questo genere non dovranno negligersi.

Nel secondo ordine di fatti, alimentazione nociva, la Commissione non intende comprendere le sostanze velenose che possono essere accidentalmente impiegate come alimenti; si lascieranno adunque assolutamente da parte gli avvelenamenti prodotti da funghi, da bacche di bel-

ladonna, da certi pesci costantemente venefici. Si limiterà l'esame alle alterazioni spontanee delle sostanze vegetali ed animali; si chiarirà, potendolo, la natura di queste alterazioni, si indagheranno le condizioni dei tempi e dei luoghi che le favoriscono, e si descriveranno, appoggiandosi a fatti positivi, le malattie che l'alimento così alterato può produrre nell'uomo. Si tenterà inoltre di determinare l'azione patogenica rispettiva dell'alimentazione esclusiva e della nocevole sopra certe malattie, la pellagra ad es., la cui eziologia non è peranco stabilita.

Di tal guisa il programma abbraccia tutti gli elementi più oscuri del problema; comunque limitato, esso presenta un' utilità reale e scientificamente e praticamente.

Questione V.

Dell' influenza dei climi, delle razze e delle diverse condizioni della vita sulla mestruazione.

L'età della prima mestruazione e l'epoca della menopausa variano giusta i climi, le razze ed il genere di vita. Lo scopo della questione proposta è sopratutto di determinare la parte di questi tre ordini di influenza, colla scorta di osservazioni raccolte in condizioni varie, e disposte così da poterne instituire confronti.

I documenti che esistono fin qui nella scienza non sono forse tanto numerosi e variati da permettere di sciogliere per ora questa questione complicata; ma lo scioglimento potrà emergere dall'esame e confronto delle memorie presentate al Congresso da medici di vari paesi.

Senza pretendere di limitare il quadro delle loro indagini, la Commissione crede di dover loro segnalare i principali elementi del problema.

Per apprezzare l'influenza del genere di vita, bisogna confrontare fra esse parecchie serie di donne appartenenti alla stesea razza, residenti nello stesso paese, ma viventi in condizioni diverse. Queste serie possono agevolmente ridursi a tre: le donne della classe agiata, le operaie e donne della città, le contadine. I fatti finora noti tendono a stabilire che l'età media della prima mestruazione presenti in questi tre gruppi (che si potrebbero all'uopo moltiplicare) delle differenze alquanto notevoli.

La condizione del confronto fra donne della stessa razza si può di rado realizzare con tutto il rigore nei paesi

abitati dalle razze europee. La maggior parte delle popolazioni europee, così del vecchio come del nuovo mondo, sono derivate dall' incrociamento di parecchie razze più o meno fuse, incrociamento che si manifesta colla variazione di certi caratteri esterni, quali il colore degli occhi e dei capelli. Sarebbe adunque interessante di notare nelle osservazioni questi caratteri antropologici, onde poter stabilire in ogni gruppo dei gruppi secondari, composti di elementi per quanto è possibile paragonabili.

La influenza dei climi sui fenomeni della mestruazione emergerà dallo studio di donne della stessa razza, viventi sotto climi differenti ed in condizioni sociali presso a poco eguali.

Infine gli osservatori domiciliati in paesi abitati da razze ben distinte potranno, stabilendo dei gruppi basati sulle condizioni precedentemente indicate e sulle condizioni antropologiche, senza negligere lo studio importante di donne di sangue misto, risolvere il problema dell' influenza della razza sulla mestruazione.

S' intende da sè che lo studio delle anomalie della mestruazione, considerate nei loro rapporti con le influenze suaccennate, entrano direttamente nel soggetto proposto (1).

---

(1) I lavori intrapresi nello scopo di rispondere alla questione non possono appoggiarsi che sopra osservazioni particolari, nè possono d' altronde acquistare tutta la loro importanza che dai raffronti fra le indagini di diversi autori; è desiderabile che le indagini stesse, le quali saranno istituite in condizioni molto diverse, sieno eseguite su di un piano uniforme; invitiamo quindi gli autori ad annettere alle loro memorie un quadro di osservazioni individuali disposte come nella tabella qui sotto:

Soggetti osservati	Età	Condizione sociale, professione	Età della prima mestruazione	Mestruazione regolare, irregolare	Intervallo delle mestruazioni	Durata dello scolo	Maritata o no	N.° dei figli e degli aborti	Età della meno pausa

Si potranno aggiungere altri particolari relativi alla taglia, al colore degli occhi e dei capelli, alla costituzione, ecc. Si sottintende che ogni bollettino dovrà essere accompagnato da informazioni sul luogo della osservazione, longitudine, elevazione, temperatura ecc.

Questione VI.

Dell'acclimazione delle razze d'Europa nei paesi caldi.

I fatti relativi all'acclimazione dell'individuo non sono compresi nella quistione proposta. Gli europei non possono stabilirsi nei paesi caldi senza esporsi a certe malattie, che aumentano più o meno le eventualità di morte; tuttavia per quanto grandi i pericoli ai quali si espongono, un certo numero d'individui può sfuggirvi, sia per una particolare pieghevolezza d'organizzazione, sia per un genere di vita capace di neutralizzare la nociva influenza del clima.

Si eviterà di confondere questi fatti individuali con quelli che si riferiscono all'acclimazione di una razza. Un certo numero ed anche un gran numero d'individui climatizzati non basterebbe a provare l'acclimazione della razza alla quale essi appartengono; poichè può avvenire che i loro discendenti non possano così agevolmente come essi sottrarsi all'azione del clima, e che la loro posterità sia chiamata ad estinguersi, nè mancano gli esempi, in capo ad alcune generazioni.

Una razza non è climatizzata in un paese se non allora che può da sè mantenervisi indefinitamente, senza incrociarsi con razze indigene e senza ricevere rinforzi dalla madre patria più o meno frequenti. Il processo che consiste a dimostrare l'acclimazione d'una razza in una colonia, basandosi puramente e semplicemente sull'aumento della cifra della popolazione, è adunque difettoso. L'arrivo di nuovi immigranti può mascherare interamente gli effetti micidiali del clima e realizzare un aumento numerico là dove la colonia, abbandonata a sè stessa, sarebbe minacciata di prossima estinzione: Il confronto delle nascite con le morti, che sarebbe il vero processo da seguire, esso pure non isfugge a questa causa di errore, dappoichè la maggior parte degli emigrati, avendo già oltrepassata l'età dell'infanzia, ch'è il periodo più pericoloso della vita, non figurano in generale nei rilievi della popolazione che a partire dal momento in cui essi sono in istato di procreare. Di là la necessità di separare il gruppo degli emigranti da quelli dei coloni nati nel paese.

Perchè una razza sia completamente climatizzata, non basta che essa si mantenga col proprio sangue; fa d'uopo ancora che possa sussistere col proprio lavoro, coltivando il suolo e non facendolo coltivare da individui di altra razza. L'acclimazione subordinata al vassallaggio di una casta indigena od esotica, ridotto a domestichezza od a schiavitù, non può essere che temporaria, come le condizioni politiche da cui dipende.

Il precipuo scopo della questione presentata al Congresso è di ottenere documenti relativi all'acclimazione completa delle razze d'Europa nei paesi caldi. Tuttavolta non sarà senza interesse lo studiare le condizioni pel cui favore le razze, benchè incompletamente climatizzate, possono almeno mantenersi per l'altrui lavoro nelle regioni calde, dove non potrebbero, senza perire, darsi alla coltura del suolo.

Senza sconoscere l'utilità dei lavori che collettivamente potrebbero essere presentati al Congresso sulla questione proposta, la Commissione crede di dover chiedere precipuamente delle memorie speciali sull'acclimazione di questo o quel popolo d'Europa in una delle regioni calde nel globo. Essa emette il voto che ciascuna di queste memorie sia accompagnata da informazioni, per quanto è possibile, complete sulla geografia medica, la meteorologia e la climatologia di queste regioni.

Questione VII.

Degli entozoari e degli entofiti che possono svilupparsi nell'uomo.

La Commissione, proponendosi come soggetto di studio la storia delle produzioni parassitarie animali e vegetali, fu guidata nella sua scelta dall'importanza delle ricerche instituite a' nostri dì.

I lavori sul parassitismo sono così numerosi e rispondono a tendenze scientifiche tanto diverse, che la prima preoccupazione della Commissione ha dovuto essere ed è stata di limitare il suo programma. Parve ad essa necessario di escludere le nozioni definitivamente accettate e già sancite da una lunga esperienza, per lasciare più largo sviluppo ai problemi tuttora indecisi e che soli possono dibattersi con frutto. Gli è confermandosi a questo

pensiero che essa si è adoperata a restringere il campo della discussione.

Le specie parassitarie, che si designano col nome di epifiti o di epizoari e che hanno per residenza esclusiva l'involucro cutaneo o le membrane mucose contigue alla cute, furono l'oggetto d'investigazioni molteplici; la loro storia è già pressocchè completa, nè si presterebbe ad una esposizione compendiata.

I parassiti animali che si sviluppano nel corso di alcune malattie, intervenendo tutto al più a titolo di complicazione, e riconoscendo per antecedenti obbligati la previa esistenza di una lesione locale o generale, non parve dovessero figurare nel programma.

Anche limitandosi allo studio delle specie, che importate nell'economia divengono cause di morbi e danno luogo ad alterazioni od a sintomi particolari (specifici), importa di riservare il primo posto alla storia naturale. La patologia occupa provvisoriamente il secondo rango, poichè essa non saprebbe scientificamente costituirsi che quel giorno in cui avrà nozioni positive sulle genesi, anatomia e fisiologia dei parassiti.

Le considerazioni relative all'igiene pubblica, alle misure di polizia medica sono da escludersi per gli stessi motivi.

Le specie animali, che parve dovessero fermare specialmente l'attenzione, sono quelle che, soggette a trasformazioni profonde, hanno forme esteriori, sede e modo di vivere variabili coi periodi della loro evoluzione, quelle sopratutto che subiscono di tali metamorfosi, da non aversi potuto che a stento cogliere o intravedere la continuità dell'individuo sotto la diversità de' suoi aspetti. Gli è in quest'ordine di idee che si compierono le scoperte più importanti de' nostri tempi.

Se, invece di arrestarsi alle malattie dette parassitarie, si prenda per punto di partenza lo studio del parassita per sè, gli è evidente che non si potrebbe rinchiudersi nella patologia umana. Nel corso della loro migrazione e seguendo il loro modo di esistenza, i parassiti dell'uomo abitano o possono abitare entro specie animali diverse ed accusarvi la loro presenza con sintomi rispondenti ad ogni stadio della loro evoluzione.

Limitandosi alla storia dei parassiti nell'uomo, ciò sarebbe non solo rompere la serie, ma privarci dei mezzi d'investigazione forniti dagli animali.

La questione del parassitismo non può essere risolta che da ricerche sperimentali, istituite in condizioni incomportabili dalla medicina umana.

La Commissione insiste espressamente sulla necessità di appoggiare le opinioni emesse colla scorta di esperienze positive. Sarebbe troppo poco l'esporre i fatti dei quali gli osservatori furono testimoni, e che per la maggior parte sono consegnati nelle numerose monografie, pubblicate sopra questa materia. Importa di porre sotto gli occhi dei membri del Congresso i documenti preparati, le prove fotografiche dei soggetti viventi, ripetere per quanto si possa gli esperimenti, per modo da fornire in pari tempo le prove e gli elementi dei riscontri. La sola condizione acciò le sedute del Congresso non abbiano il carattere di trattati dogmatici è quella di mettere sotto gli occhi di tutti i fatti e i mezzi della dimostrazione.

Gli stessi principii si applicano alla storia dei parassiti vegetali o degli entofiti, ma qui i dati del problema sono più complessi. La maggior parte delle specie vegetali, eliminando anche quelle che si fissano nella cute, non sono che produzioni secondarie, sviluppate su tessuti già alterati. Esse non ispiegano nè la genesi, nè il processo dei fenomeni morbosi, e non possono conseguentemente servire a caratterizzare una malattia.

L' importanza patologica degli entofiti rimane al disotto di quella degli entozoari. Nullameno, come tutte le specie sono lungi dall'essere rigorosamente definite, è a desiderare che si insista sulla classificazione, appoggiando le descrizioni con disegni e riproduzioni in disegno delle osservazioni microscopiche.

La esibizione dei tipi contribuirà più che le migliori descrizioni a rendere volgari le cognizioni poco diffuse.

(Gazzetta Medica di Torino. 29 Ottobre e 5 Novembre 1866).

Dei Macchinisti e dell' influenza delle Strade Ferrate sulla loro salute. Parole del cav. dott. MARIANO GAIANI *Medico-Chirurgo addetto al centro delle Ferrovie in Ancona. — Articolo dedicato alla onorevole Direzione delle Ferrovie Meridionali residente in Ancona ed al distintissimo suo Capo sig. cav.* RUVA.

« Tutte le questioni che si agitano e riguardano i macchinisti ed i fuochisti devono essere studiate, mentre hanno una influenza diretta od indiretta sulla loro salute ». *Duchesne.*

Il medico filosofo, dice *Corvisart*, vede una quantità di mali reali che prendono origine da tante utili ed ingegnose invenzioni. — Lo studio delle professioni e dei mestieri, è senza dubbio, il più interessante che ci possa fornire l' Igiene, ossia il modo di stare sani. — Posto all' altezza dei perfezionamenti industriali, dei nuovi processi di fabbricazione dei materiali recentemente scoperti, degli agenti di locomozione tanto nuovi ancora e di già aumentati in tutti i paesi e presso tutti i popoli; questo studio profondo deve produrre proficui insegnamenti per la patologia, e preziose indicazioni per la terapeutica.

Quasi tutte le professioni sulle quali scrissero il nostro *Ramazzini*, *Pattissier* e molti altri, richiedono di essere studiate di bel nuovo e in una maniera tutta speciale onde ricercare i cambiamenti che gl' industriali perfezionamenti di questo secolo hanno potuto apportare sulla salute degli operai. — Ma esistono inoltre delle professioni e mestieri che assolutamente reclamano dovervi intanto i medici fissare la loro attenzione.

Egli è perciò che io mi sono proposto di parlare delle diverse professioni attinenti agl' impiegati delle Strade Ferrate, dacchè parmi che la estensione ognora crescente delle medesime, permetta già d' intraprendere gli studii con profitto ed utile umanitario.

Mi occuperò, appunto per dare un saggio del manuale che redigo ed annunziato col mio programma del Maggio p.° p.° vertente in particolare modo sul servizio sanitario presso le Direzioni e Stazioni delle Vie Ferrate, più che degli impiegati sedentari, meglio di quelli in servizio attivo, quali sono i macchinisti, i fuochisti, i manovratori, i conduttori, guarda-freni, cantonieri e uomini d' equi-

paggio. — Queste sono, ben si può dire, da 38 anni circa in poi, le nuove professioni e mestieri che espongono quelli che vi attendono, a malattie speciali di cui qualcuna è terribile per i suoi effetti mediati ed immediati, e che certamente meritano una attenzione particolare.

In mezzo a sì grande numero di individui dediti al travaglio, parmi dovere subito fare una prima scelta, proponendomi di ricercare l'influenza delle Strade Ferrate sulla salute dei macchinisti e fuochisti. Questi uomini animosi messi alla testa di un treno ed in condizioni assolutamente eccezionali, esposti come essi sono di continuo a vicende atmosferiche variabilissime, a rischi e pericoli sempre diversi, questi uomini tanto utili devono provare certe influenze buone o cattive nelle loro attive occupazioni. Pensai perciò di potere in qualche modo illuminare la Scienza nostra sulle particolari malattie di questi spionieri dalla locomitiva dando prima di tutto un' idea della loro posizione.

Del Macchinista.

Se si considera, dice *Lobet* (1) che la vita dei viaggiatori è sempre nelle mani del macchinista, il quale dirige il convoglio, non si può mettere in dubbio che il migliore mezzo di evitare gli accidenti ai quali puossi soggiacere, sia quello di accrescere moralmente il valore di questi uomini, rialzandoli dalla condizione subalterna che essi occupano. — E per potere rispondere adeguatamente a questa proposizione, fa d'uopo cercare e conoscere attentamente, anche ad avviso del *Duchesne* (2) quale sia la posizione sociale o burocratica, per non dire, di categoria, loro assegnata.

Sono essi operai! — Sebbene questi uomini dominino di molto gli altri lavoranti delle ferrovie con la loro intelligenza e pratiche cognizioni che dai medesimi si esigono, bisogna perciò, nello stato attuale delle cose, lasciarli in questa classe, e non cercare, per ora, come già ne fu fatta domanda in Francia, di dar loro un particolare titolo onorifico. — Essi devono essere noverati nella classe degli operai finchè non sortiranno da quella degli

---

(1) Des Chemins de fer en France, in 12. 1845.

(2) Des Chemins de fer et leur origine. 1857.

Ingegneri meccanici e civili con una particolare patente d'idoneità, non essendo l'attuale loro condizione maggiore di quella di artisti pratici ed esercitati. — Non è però che, e per la guarentigia la quale devono prestare alla Società, e l'entità delle loro attribuzioni non debba venire l'epoca, che io desidero la meno lontana, in cui formatasi una scuola di allievi in simile genere di lavori, la posizione loro debba migliorare ed anzi assolutamente rialzarsi. — Ciò che vale meglio oggidì e riesce assai profittevole cosa, non tanto a sè stessi quanto alla famiglia si è certamente un miglioramento da procurarsi ad essi in ragione (e lo domandiamo con impegno) della *capacità* non sempre, o bene verificata o provata, mentre è d'uopo trovare modo a che la si riconosca, e degl'immensi servigii che rendono alle compagnie.

Ciò premesso, io ho dato incominciamento a questo piccolo saggio di lavoro per i *macchinisti,* mentre li considero come i primi artefici-operai di una linea ferrata occupando essi sui treni uno dei posti i più interessanti. — Quanto ai *fuochisti,* ne farò argomento speciale di altro articolo, fatto riflesso principalmente che dessi sono gli aiutanti obbligati del macchinista, gl'inservienti necessari della locomitiva.

Il *With* (1) chiama indistintamente i primi col nome di *meccanici* o *macchinisti;* — ove chiamansi *meccanici* semplicemente; e dove *meccanici conduttori della locomitiva.*

Loro origine. — I *macchinisti* scelgonsi generalmente fra quelli che accomodano e montano le macchine. Dovrebbero però lavorare almeno sei mesi nelle officine di riparazione o fabbriche. Essi vengono anche scelti da tutto il personale dei lavoranti vigorosi, assidui e sobrii. — Debbono perciò essere forniti di molta attenzione, esattezza e precisione; come di prudenza, presenza di spirito e parimenti di obbedienza e dovere. — Insomma, debbono dare saggio costante di una condotta uniforme e regolare.

Comunque sia la cosa, non è indifferente al certo nè poco, il sapere che dopo sei mesi, anche i fuochisti possono operare di essere macchinisti; — però avviene che qualcheduno aspetti uno o due anni prima di ottenere che gli si confidi di condurre o dirigere una locomotiva.

---

(1) Gli accidenti sulle strade ferrate; in 12. - 1854.

Tale spazio di tempo per apprendere dipende molto e dalla loro attitudine, età ed intelligenza (1).

Quando un macchinista ha sotto i suoi ordini un'allievo, deve porlo subito, nella maniera più completa alla corrente del servizio, specialmente perciò che ha riguardo all'alimento e condotta a modo di regolare il fuoco, fargli conoscere il rapporto loro con l'andata o cammino della macchina tanto nello ascendere che nel discendere o nelle pendenze. — Gli deve spiegare chiaramente le regole da osservarsi per il ripulimento della caldaia, visita od ispezione della macchina, ed eseguire tutto quanto è necessario per formarlo un'abile conduttore di locomotiva.

Infine i macchinisti debbono essere scelti fra gli uomini i più robusti e dell'età dai 30 ai 45 anni, mai meno però dei 25. — Per lo più sono e debbono essere uomini posati tendendo, piuttostochè a rimanere celibi, ad ammogliarsi e divenire padri di famiglia.

I fuochisti sono generalmente un poco più giovani, massimamente quelli che aspirano a divenire macchinisti; nel loro numero, sonovi più celibi (2).

---

(1) Nel Belgio, gl'Ingegneri-Meccanici scelgono con molta diligenza gli indivui da proporre al Direttore per macchinisti, e li tolgono fra gli operai i più intelligenti e probi. — Ma prima di decidersi a proporli, fanno da essi manovrare, ed a riprese, come alla propria presenza, qualunque specie di macchina; — assicurandosi per tale guisa l'Ingegnere-Meccanico, e preventivamente della capacità ed attitudine all'importante servizio per il quale conviene fare eccellenti e non mediocri scelte.

(2) In Germania ciascun'allievo deve attendere ad un'istruzione, per lo meno, di 12 mesi prima di essere ammesso alle prove necessarie per ottenere il grado di macchinista. — Viene desso interrogato, avendo dinanzi una locomotiva; — 1. sulla condotta delle macchine o modo di guidarle e dirigerle; — 2. sui pericoli ai quali si può andare incontro; — 3. precauzioni a prendersi e maniera di riparare ai pericoli stessi. — È un'esame essenzialissimo teorico e pratico che importa quindi una patente indispensabile d'idoneità, senza la quale non puossi all'allievo confidare liberamente la macchina, sia per custodirla e condurla; così conviene che tutte le volte in cui l'allievo è occupato intorno alla medesima, il macchinista sia sempre presente, giacchè è responsabile di tutti gli errori che potesse fare l'allievo durante il suo servizio.

Sotto il rapporto della salute, i macchinisti ed i fuochisti possono dividersi, destinati al servizio delle macchine, in due categorie. — La prima è quella di operai travagliati dalla pioggia, vento e freddo; — dal tremolio delle macchine, della fatica, guadagnandosi, per così esprimermi, sulle macchine stesse affezioni delle vie respiratorie o digestive. — Vi è qualcuno che volendo sostenere l'amor proprio nè sembrare, o più vile, o debole degli altri, continua il suo servizio. — Ma purtroppo, trovasi ben presto obbligato a desistere, riprendendo invece il servizio sedentario o stazionario di artificiere o manovratore capo, occupazione nella quale la salute di lui si ristabilisce, e facilmente e con prontezza. — Vi è poi una classe di operai di più forte tempra che resistono assai bene alla fatica ed alle ingiurie del tempo, per i quali asserire francamente potrebbesi che l'influenza delle vie ferrate addimostrasi favorevole sulla loro salute.

Servizio dei macchinisti. — Per apprezzare di proposito il travaglio o la fatica dei macchinisti e fuochisti, è indispensabile di presentare, sotto un' aspetto generico, la idea precisa delle loro funzioni (1).

I dettagli del servizio giornaliero sono numerosi; — dal momento in cui una macchina è accesa fino a quello dell'entrata al suo deposito, dessa esige un' attenzione tutta particolare per parte dei macchinisti. — Questi devono subito, e a colpo d'occhio sorvegliare l'accensione delle loro macchine che si effettua nei locali di ritiro molto tempo prima dell'ora della partenza; osservare se la macchina sia sufficientemente fornita di acqua e combustibile, e quando è giunta l'ora, si mette alla testa del treno.

In viaggio, i macchinisti devono, ad ogni istante, assicurarsi della pressione del vapore, sorvegliare il livello dell'acqua della caldaia; — che il focolare sia alimentato esaminando le principali parti della macchina ed il loro

---

(1) In Francia, le prime funzioni affidate ai macchinisti consistono nel dirigere le macchine che conducono i treni di sabbia o di zavorra, o ghiaia destinata ad essere sparsa sulla strada; più avanti od in progresso, vengono incaricati di condurre in secondo i treni di mercanzie, cioè dirigere la seconda locomotiva quando sianvene due; poi, le sole mercanzie: — infine, dirigendo i treni dei viaggiatori dopo la scuola di 2 anni.

funzionamento; — fare attenzione speciale ai segnali, allo stato della strada, alle stazioni ecc.

All'arrivo, essi devono fare estinguere il fuoco, far lavare e pulire la macchina. — Se poi questa, al suo giungere al deposito, dovesse ripartire prontamente, nè debbasi perciò estinguere il fuoco, i macchinisti debbono invigilare essi medesimi alla custodia e tenuta della macchina medesima. — Per tal guisa, la cessazione del servizio non è sempre definitiva, e l'arrestarsi od il trattenersi può essere semplicemente prolungato, ad esempio, per 3 o 4 ore. — In luogo di gettare il fuoco, piuttosto si lascia senza smuoverla, o come dicesi, *dormire*, cioè fermansi i registri del camminetto, la porta del cenerà-toio o dove stanno le ceneri dei fornelli e l'apertura del focolare, ma non ermeticamente onde lasciare una piccola corrente d'aria sufficiente per mantenere la combustione.

Se un treno abbia dodici macchine, il macchinista dal davanti ne dirige il corso e dà i suoi ordini al macchinista della dodicesima. — I macchinisti sopra le loro macchine, ne sono come i padroni, nè debbono ricevere osservazioni od ordini se non che dai capi del deposito e dagl'ingegneri incaricati della trazione per ciò che concerne la condotta propriamente detta, ossia regolare il fuoco, mantenerlo animato, e lo ingrassamento; — ma, comunque, dipendono dagli ordini degli agenti incaricati del movimento nelle ore della partenza, per la sollecitudine o velocità dei treni e la durata delle fermate. — Nella corsa, i macchinisti dipendono dal capo del treno o convoglio il quale è responsabile delle misure eccezionali che possono essere necessarie in capo di qualche disgrazia o d'accidentalità.

I macchinisti debbono rimanere fermi in piedi sulla piattaforma della locomotiva, ed i fuochisti attendere ed essere alla portata di regolare la manovra del freno; — debbono sì gli uni che gli altri invigilare attentamente con l'occhio la lunghezza della strada e prestare orecchio al segnale anche eventuale o causale della trombetta del guarda-convoglio o dei cantonieri. — All'ingresso dei ponti mobili, delle galerie sotterranee, dei passaggi al livello delle spaziose strade e delle estese linee, nelle voltate, e specialmente discendendo, i macchinisti veglieranno acciocchè i fuochisti sieno preparati a serrare il freno.

Coraggio e presenza di spirito dei macchinisti.

Se superiormente discorsi dei doveri ed obblighi proprii ai macchinisti, non credo di lasciare questa esposizione senza descrivere, di quanto coraggio dessi sieno forniti e con quale presenza di spirito sappiano comportarsi. — Gli esempi sarebbero innumerevoli; — valga, purtroppo, per noi l'ultimo che fu un tratto di coraggio tale quasi da non uguagliare nella sventura, del precipizio tocco al nostro treno sul Marignano nella linea *Ancona-Pescara.* — L'infelice macchinista in mezzo ad una bufera che non permetteva nè di scorgere od ascoltare segnali, seppe dare tanta forza alla macchina da avere quasi potuto scampare il gravissimo pericolo di cui fu preda quel treno, e prima vittima l'animoso macchinista assai bene assistito dal bravo pure sventurato fuochista. — Sia lode perciò alla Società Italiana delle Meridionali per la giudiziosa scelta di impiegati ed artisti di simile tempra! — Ah, può dessa bene a ragione vantarne molti ed averne ora anche in serbo per surrogazioni in caso di malattie od impedimenti. — Ad esempio; — un macchinista esposto ad un freddo eccessivo è giunto, in Francia, a tenere nelle mani un pezzo distaccato della locomotiva durante tutto il tragitto. Aveva le mani gelate, ma giungeva senza inconvenienti alla stazione nell' ora stabilita. — Un' altro macchinista si accorgeva d' aver perduto per qualche distacco accidentale di catene la metà de'suoi vagoni. — Parte cogli altri trascinati, e, notisi, sul piano inclinato che da Versailles conduce o si prolunga a Parigi; — parte solo verso la capitale prendendo una velocità sempre più viva. — Giunge a porre i vagoni in riposo; — stacca la macchina, e temendo l' incontro con un treno che allora doveva giungere a Parigi, si slancia a tutto vapore, o a tutta macchina allo inseguimento dei vagoni perduti: — li vede, si stringe vivamente affine di dominarne la velocità, e manda il suo fuochista nella cassetta onde riattaccare le catene; — non appena riescita tale operazione, rivolta il suo vapore e fugge con maggiore velocità verso Versailles ove arriva senza disgrazia ricevendo le felicitazioni dei suoi capi per la sua coraggiosa condotta.

Dell' influenza delle ferrovie sulla salute dei macchinisti e fuochisti, ma specialmente sulla loro cute, barba e capelli. — 2. articolo del dott. Gaiani *da servire di saggio all' annunciato manuale sul servizio ed assistenza sanitaria presso le Stazioni delle Vie Ferrate.*

Fino dal 1846, la Gazzetta degli ospedali di Parigi seppe reclamare dalle Amministrazioni delle Vie Ferrate perchè il personale viaggiante si trovasse meno esposto e senza protezione, ai dardi del sole, ai rischi del freddo, agl'inconvenienti della pioggia e degli uragani, affacciandone tutte le malattie che possono essere cagionate dalle intemperie delle stagioni. — Così fu che le Associazioni mediche dell'Alto e Basso Reno avevano, fino d' allora richiamata l'attenzione delle Autorità sulle diverse e varie malattie che i medici osservarono in seguito a tanti viaggi così perniciosi; — malattie che perfino il popolo ebbe a qualificare proprie e prodotte dalle Strade Ferrate. — Se adunque tale fu il commendevole spirito di occuparsi come fecero le Associazioni Mediche suddette in pro dei viaggiatori, avevano ben d' onde lamentare, poichè purtroppo i viaggiatori, in quell' epoca non trovavano i vagoni coperti; chè soltanto lo furono in progresso di tempo. — Ma, è pure spiacevole cosa l'asserire che non pensavasi alle due persone interessantissime costantemente esposte nei convogli alle ingiurie del tempo, cioè al macchinista ed al fuochista sotto il pretesto che potevano venire troppo mascherati i suoni esterni ed anche i segnali acustici a tale da potersi esagerare facilmente in molti casi. — Sia però com' essere si voglia anche oggidì questi uomini o soggetti dei quali io mi interesso vivamente, possonsi dichiarare particolari appunto per avere desse delle funzioni speciali, esposti come sono a tutte le intemperie, obbligati a tenersi costantemente in piedi per molte ore di giorno o di notte, provando il loro corpo, in così protratta posizione, delle scosse continuate. — Il perchè ora mi accingo a descrivere la influenza delle vie ferrate sulla cute o pelle, barba e capelli sia dei macchinisti che dei fuochisti. Egli è perciò necessario di passare in rivista le differenti parti del materiale delle linee che possono avere un' azione qualunque sulla salute dei macchinisti e fuochisti, ricer-

cando quali risentimenti o sensazioni provare possono i loro organi e principali funzioni dei medesimi.

Contrariamente perciò a quanto si osserva giornalmente presso tutti gli operai che passano la loro vita avanti o prossimi ad un fuoco ardente, come i fornai, i vetrai, i fonditori che hanno la cute assai pallida anche fuori della loro occupazione, — i macchinisti ed i fuochisti, qualunque sia d'altronde la esterna temperatura, provano quasi sempre un freddo relativo, ed è perciò che a tale effetto di reazione debbono il vivace coloramento della loro cute lentigginosa o di tanno adoperato.

L'olio delle macchine in continua evaporazione, la polvere della strada e del fuoco attaccansi od applicansi sopra la cute resa asciutta e quasi disseccata dal calore della locomotiva la conciano, per così dire, realmente rendendola perciò quasi insensibile alle ingiurie dell'aria. — La pelle o cute del viso addiviene più dura e resistente, prende una tinta color fuligine da non potere più essere modificata nè da verun lavacro o da qualsiasi confricazione. — Essa giammai riprende la sua arrendevolezza e colorito ordinario fino a tanto che questi artisti restano sulle locomotive; — essa non ritorna nè può ritornare al suo stato normale che quando evvi una prolungata sospensione di lavoro o riposo in letto a seguito di lunghe malattie o di gravi ferite.

Le altre parti della stessa, come le orecchie, il collo, non assumono mai lo stato di insensibilità al quale si vede giungere la pelle o cute del viso; — di maniera che, per i tempi pessimi, e principalmente per i forti freddi, i macchinisti ed i fuochisti sono obbligati di cuoprirsi tutta la testa ed il collo, meno la parte anteriore della faccia, con una beretta in lana che si adatta esattamente sulla pelle e la difende a sufficienza.

Molti, fra i macchinisti e fuochisti adottano o prendono il partito di non radersi la barba, portandola, come si dice, intera.

Quest'usanza che la necessità li condusse ad osservare, ha il grande vantaggio di proteggere le guancie o gote, il mento, e la bocca avanti alla quale i peli formano come un riparo che modera ciò che può avere di troppo vivo il freddo ed un vento diretto e troppo violento. — La barba serve pure a garantire dalla polvere della strada, e della macchina.

Qualche macchinista, come presso noi nelle Linee Meridionali e Romane, ed anche dell'Italia superiore, non

portano che i mustacchi e la barbetta al mento; — infine, qualcuno, ma forma l'eccezione, si rade tutta la barba di estate come d'inverno, e senza provare incomodo; — alla guisa di quanto usasi generalmente in Inghilterra. — Sembra però certo che i peli della barba ed i capelli, addivengano nei macchinisti e fuochisti più duri e resistenti, perciò più difficili a tagliarsi, e sembra ancora che incanutiscano assai più presto.

Queste sono le considerazioni generali che ho creduto poter fare a seguito del mio articolo sui macchinisti delle strade ferrate. — Dal che dedurre si può con tutta convinzione, come questi individui tanto necessari e da tenersi in quel calcolo che ben meritano, sieno per fornire alla medicina ed alla società una nuova classificazione di malattie relativamente alla loro professione, da potere senz'imbarazzo, essere in grado di introdurle nelle divisioni emesse da *Fourcroy, Patissier* o *Ramazzini*, accenando specialmente a quelle malattie cagionate dalla protratta situazione eretta sulla persona alla guisa dei facchini, dei lacchè, dei falegnami ecc.; — oppure prodotte da eccesso o difetto di esercizio, come i corrieri, i postiglioni ed i guarda-portoni chiamati alcuni, anche *cacciatori servi*. — Ma, osservando bene questi mestieri, si è indotti a non poterne però effettuare una rassomiglianza con quelli dei macchinisti e fuochisti, — poichè, al contrario, essi sono quasi sedentari ed immobili durante tutto il tragitto dei continui loro viaggi. — È giusto adunque di loro assegnare una posizione, interamente dichiarando che la sola professione con la quale vi si trova una leggiera analogia, mentre bisognerebbe supporre che i treni muovessersi con la più piccola possibile prestezza, — è quella di chi si tiene eretto, o si teneva dritto in piedi di dietro una vettura; — essendo indubitato che egli prova un certo movimento oscillatorio o di trepidazione prodotto dalla vettura, oltr'essere esposto a certe vicende atmosferiche; — di modo che, dirò col *Ramazzini insigne*, che i mestieri i quali esigono che chi li esercita stia quasi sempre in piedi, espongono quasi sempre e particolarmente alle varici; aggiungendo il *Patissier*, essere produttori di piaghe alle gambe, di debolezza alle articolazioni, di dolori nefritici ed ai lombi.

Ma noi abbiamo nel macchinista un mestiere, un'arte che riuniscono invece l'immobilità assai protratta con un'enorme fatica prodotta dal forte scuotimento della macchina, e dall'incessante azione dell'aria, per cui il co-

stituto trovasi frequentemente modificato da un'ammasso di circostanze. — Ciò che mi sono proposto, seppure vi sono giunto, si è — d'avere in qualche modo fatto conoscere questi nuovi mestieri che diverranno professioni quando sorga, anche fra noi, una scuola, un'istituto d'insegnamento teorico-pratico che rilasci quindi le relative patenti d'*idoneità*, nel senso più esplicito, da doverli facilmente fare entrare, ed è omai tempo, in una novella classe; — bene convinto che, e per queste, come per molte altre antiche *arti*, è una decisa necessità di divenire ad una completa classificazione, e di esse, e delle proprie malattie.

Più innanzi; — mi estenderò sull'influenza che hanno le ferrovie sull'udito, vista, odorato, gusto, fame. sete, bevanda; — tatto, innervazione, respirazione, circolazione, digestione e generazione dei *macchinisti* e *fuochisti;* — come pure farò argomento speciale ed interessantissimo delle loro malattie *mediche* e *chirurgiche*, non senz'accennarvi anche la relativa parte statistica di mortalità.

Ancona 30 Ottobre 1866.

M. Gaiani.

Quadro statistico dei Casi di Cholera avvenuti in Bologna dal 21 Sett. al 9 Novem. 1866.

Numero totale	Uomini	Donne	CURATI A DOMICILIO				CURATI NELL' OSPEDALE			
			Guariti		Morti		Guariti		Morti	
			Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
37	21	16	1	0	11	10	3	2	7	3

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO VOLUME II.° DELLA SERIE V.ª

MEMORIE ORIGINALI

Sulla Pericardite, brevi cenni teorico-pratici — Domenico *dott.* Collina . . . . . pag. 6

Un caso di malattia d' Addison. *Storia e commenti* — Eduardo *dott.* Vecchietti . . . . . » 73

Eclampsia puerperale complicata a cancro del collo uterino. Belluzzi *dott.* Cesare. . . . . » 145

Parto spontaneo di un feto a termine in donna operata di Perineo Cheilorafia *per caduta della matrice* — Pilla *dott.* Giovanni. . . . . » 161

Casi di meningite in un' epidemia di orecchioni. Lettera del dott: Venturini *al ch. cav. prof.* Giovanni Brugnoli. . . . » 169

Nota critica sul morbo d' Addison. — Verardini *dott.* Ferdinando. » 180

Storia d' un caso d' Aortite d' indole speciale, e consecutivo Aneurisma, con osservazioni relative. — Corazza *dott.* Luigi. » 225

Sopra un caso di tumore per enchinococchi al fegato e suo trattamento medico-chirurgo. Relazione. — *Dott.* Vincenzo Liverani . . . . . » 305

Delle morti. — *Nuova classificazione filosofica del Professor* Luigi Chierici *per norma sicura della medica repubblica e del legislatore* . . . . . » 319

In risposta alla Nota critica sul morbo d'Addison pel dottor Ferdinando Verardini. — *Considerazioni del dottor* Eduardo Vecchietti . . . . . pag. 346
Alcune parole, in risposta alle considerazioni del sig. dottor Eduardo Vecchietti *sulla Nota critica del morbo d'Addison.* — Ferdinando *dott.* Verardini. . . . . » 378
Tracheotomia col processo del Rizzoli. — Venturini *dott.* Enrico. » 390

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

Libri in dono. . . . . » 119, 121, 123, 124, 394, 395, 396 *e* 409
Comunicazioni diverse. . . . . . » 120, 122, 123 *e* 124
Cenni necrologici . . . . . » 396
Sulla struttura delle capsule soprarenali. — Comunicazione verbale fatta dal Prof. Cesare Taruffi . . . . . » 404

NOTIZIE EDITE

Fisiologia

Ricerche sul pancreas: pel dott. G. Albini *prof. di fisiologia all' Università di Napoli.* . . . . . » 196
Sulla Glicogenia animale, nuove ricerche fatte nel laboratorio fisiologico di Firenze, dal Prof. M. Schiff. . . . . » 267

Patologia e terapeutica medica

Brevi cenni sopra la Coca . . . . . » 125
Ricerche sulle funzioni chimiche delle glandole, e nuova teoria del diabete zuccherino o glucosuria. Pel dottor Mialhe . . . . . » 129
Infusori febbrigeni: di Gratiolet. . . . . » 198
Considerazioni sull' Itterizia. Oppolzer . . . . . » 200
Azione dello Zolfo sulla mucosa bronchiale, per Leiatinger. . » 203
Sul modo di scoprire la stricnina nel corpo animale; per A. Cloetta. . . . . » 205

Intorno ai tumori della milza ed al loro trattamento: del prof. Skoda . . . . . pag. 207
Osservazioni intorno alla bronchite cruposa; del dott. Schnitzler *assistente alla Clinica di* Oppolzer *in Vienna.* . . . » 208
Encefalite sifilitica: per il dott. Kuh. . . . . » 210
Vegetazione epiteliare sifilitica della laringe. . . . . . » 211
Gomme sifilitiche delle ossa e dei polmoni in un neonato. . » 276
Guarigioni di tetano traumatico con alte dosi di chinina e oppio, del dott. Angelo Poma. . . . . » 278
Paresi delle estremità inferiori guarita coll' elettrico. . . . » 282
Due fatti di atassia locomotrice trattati colla elettricità e col nitrato d' argento. . . . . . » 284
Dell' elettricità nelle malattie della laringe. . . . . . » 287
Aneurisma disseccante dell' origine dell' aorta per G. Saviotti . » 288
Saggio sul vaginismo dietro le idee del sig. Marion Sims, *per cura del dott.* Carlo Bernadet . . . . . » 426
Sul brodo di carne e suo potere terapeutico. . . . . . » 433

BIBLIOGRAFIA

Compendio d' Anatomia descrittiva per Giovanni Inzani *già professor d' anatomia descrittiva e topografica.* . . . . » 132
Liquido emostatico balsamico del dott. Simone Capodieci. . . » 141
Saggio di un paragone fra le resezioni delle grandi articolazioni e le amputazioni delle membra pel prof. Giuseppe Pugliatti. — Belluzzi *dott.* Cesare. . . . . » 214
Dell' Uretrotomia esterna mediante la sezione collaterale del escisione dei tessuti patologici nei casi di restringimenti insormontabili, pel dott. Bourguet. — G. P. . . . . » 219
Sull' estrazione della mannite dalle foglie dell' olivo del prof. Sebastiano De Luca . . . . . » 222
Errata Corrige . . . . . » 144
Cenno Necrologico del Farini — Verardini. . . . . » 223

VARIETÀ

Brevettata fabbricazione degli Arti Artificiali inferiori, d' invenzione del dott. Ulisse Testi . . . . . » 213

La sifilografia esposta aforisticamente dal Prof. Cav. Pietro Gamberini . . . . . pag. 292
Cholera-Morbus in Bologna . . . . . » 301
Congresso Medico internazionale di Parigi . . . . . » 436
Dei Macchinisti e dell' influenza delle Strade Ferrate sulla loro salute. Parole del cav. dott. Mariano Gaiani *Medico-Chirurgo addetto al centro delle Ferrovie in Ancona. — Articolo dedicato alla onorevole Direzione delle Ferrovie Meridionali residente in Ancona ed al distintissimo suo Capo sig. cav.* Ruva. . . . . » 450
Dell' influenza delle Ferrovie sulla salute dei macchinisti e fuochisti, ma specialmente sulla loro cute, barba e capelli. — 2. articolo del dottor Gaiani *da servire di saggio all' annunciato manuale sul servizio ed assistenza sanitaria presso le Stazioni delle Vie ferrate* . . . . . » 457
Quadro statistico dei casi di cholera avvenuti in Bologna dal 21 Settembre al 9 Novembre 1866 . . . . . » 461

RISTAMPA

Epitelioma dei genitali delle prostitute, del soc. res. Prof. cav. Pietro Gamberini . . . . . » 414

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

Anno XXXVII. — Serie V. Vol. 1.° *e* 2.°

Anno 1866.

Indice alfabetico degli Autori.

Albini prof. *G.* Vol. 2.° pag. 196.
Belluzzi dott. *Cesare.* Vol. 2.° pag. 1, 214.
Bernadet dott. *Carlo.* Vol 2.° pag. 426.
Brugnoli cav. prof. *Giovanni.* Vol. 2.° pag. 397, 400, 402, 410.
Calori cav. prof. *Luigi.* Vol. 1.° pag. 237.
Catard e *Prevost.* Vol. 1.° pag. 216.
Chierici prof. *Luigi.* Vol. 2.° pag. 319.
Cloetta A. Vol. 2.° pag. 205.
Collina dott. *Domenico.* Vol. 2.° pag. 6.
Corazza dott. *Luigi.* Vol 1.° pag. 292. Vol. 2. pag. 225.
De Meis prof. *A. C.* Vol. 1.° pag. 385.
Durand-Fardel. Vol. 1.° pag. 53.
Forlivesi. Vol 1.° pag. 319.
Gaiani cav. dott. *Mariano* Vol. 2.° pag. 450, 457.
Gamberini cav. prof. *Pietro.* Vol. 1.° pag. 64, 241. Vol. 2.° pag. 414.
Kuh. Vol. 2.° pag. 210.
Lamberti N. Vol. 1.° pag. 214.
Lazzati prof. *Pietro.* Vol. 1.° pag. 145.
Leiblinger. Vol. 1.° pag. 214, Vol. 2. pag. 203.
Leyden. Vol. 1.° pag. 61.
Lìverani dott. *Vincenzo.* Vol. 2.° pag. 305.
Lorchner. Vol. 1.° pag. 485.
Marzuttini G. B. di Udine. Vol. 1. pag. 22, 321.
Mialhe. Vol. 2.° pag. 129.
Pedrelli dott. *Marco.* Vol. 1.° pag. 161.
Pilla dott. *Giovanni.* Vol. 1.° pag. 345, Vol. 2.° p. 161.
Poma dott. *Angelo.* Vol. 2.° pag. 278.
Prevost e *Catard.* Vol. 1.° pag. 216.
Rizzoli prof. comm. *Francesco.* Vol. 1.° pag. 5, 35, 154, 159, 270, 327, 479.

Ruggeri dott. *Gaetano*. Vol. 1.° pag. 106.
Saviotti G. Vol. 2.° pag. 288.
Schiff prof. *M.* Vol. 2.° pag. 267.
Schnitzler dott. *I.* Vol. 2.° pag. 208.
Skoda. Vol. 1.° pag. 57, Vol. 2.° pag. 207.
Speranza prof. cav. *Carlo*. Vol. 1.° pag. 401.
Taglioni dott. *Giuseppe*. Vol. 1.° pag. 175.
Taruffi prof. *Cesare*. Vol. 2.° pag. 404.
Vecchietti dott. *Eduardo*. Vol. 2.° pag. 73, 346.
Venturini dott. *E.* Vol. 2.° pag. 169, 390.
Verardini dott. *Ferdinando*. Vol. 1.° pag. 78, 81, 149, 235, 282, 320, Vol. 2.° pag. 180, 378.
Versari prof. cav. *Camillo*. Vol. 1.° pag. 425.
Waseige. Vol. 1.° pag. 380.
Weber O. Vol. 1.° pag. 114, 185.

BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

Anno XXXVII. — Serie V. Vol. 1.° *e* 2.°

Anno 1866.

Indice alfabetico delle materie.

Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. — Rendiconti Accademici. Vol. 1.° pag. 42, 45, 131, 133, 136, 304, 309, 310, 363, 366, 370.
Acidi organici — Sull'azione fisiologica e l'uso dietetico degli ..... — Vol. 1.° pag. 53.
Anatomia descrittiva — Compendio di ..... per *Giovanni Inzani* già professore d'Anatomia descrittiva e topografica. (Bibliografia) Vol. 2.° pag. 132.
Aneurisma disseccante dell'origine dell'aorta. — Vol. 2.° pag. 288.
Aortite — Storia d'un caso d'..... d'indole speciale, e consecutivo Aneurisma, con osservazioni relative. Vol. 2.° pag. 225.

Arti artificiali inferiori — Brevettata fabbricazione degli ....., d'invenzione del dott. *Ulisse Testi*. Vol. 2.° pag. 213.
Atassia locomotrice — Due fatti di..... trattati coll'elettricità e col nitrato d'argento. Vol. 2.° pag. 284.
Attitudini — Sopra le....., le forze e il decubito dei malati. Vol. 1.° pag. 425.
Brodo di carne — Sul..... e suo potere terapeutico. Vol. 2.° pag. 433.
Bronchite cruposa — Osservazioni intorno alla ..... — Vol. 2.° pag. 208.
Calcoli perineali — Dei ..... Vol. 1.° pag. 327.
Cancro della metà destra della lingua, operato incidendo la guancia e legando la lingua col processo del comm. *Francesco Rizzoli*. Vol. 1.° pag. 106.
Capsule soprarenali — Sulla struttura delle ..... Vol. 2.° pag. 404.
Carotide interna — Ulcerazione della ..... consecutiva alla carie della rocca petrosa. Vol. 1.° pag. 490.
Chimica Organica Generale — Lezioni di..... e Chimica Animale del prof. *Pietro Piazza* (Bibliografia) Vol. 1.° pag. 235.
Cholera-morbus in Bologna (Bibliografia) Vol. 2.° pag. 301.
Cholera-morbus — Il..... in Bologna nell'anno 1865, breve relazione della Commissione Municipale di Sanità, giusta la Circolare Ministeriale. Vol. 1.° pag. 68.
Cloro-carbonio, nuovo anestetico. Vol. 1.° pag. 312.
Coca — Brevi cenni sopra la..... — Vol. 2.° pag. 125.
Comitato di Soccorso pe' malati o feriti in tempo di guerra. Vol. 1.° pag. 400.
Conferenza Sanitaria internazionale — Rapporto sulla..... — Vol. 1.° pag. 313.
Congresso medico internazionale di Parigi. Vol. 2.° p. 436.
Contagio: unica verità finora utile nel cholera. Vol. 1.° pag. 22.
Deiezioni dei cholerosi — Osservazioni anatomico-patologiche sulle ..... — Vol. 1. pag. 76.
Disarticolazione del piede — La..... deve essere anteposta alla amputazione della gamba classica o alla sopra malleolare? Vol. 1.° pag. 159.
Disarticolazione del piede destro — Intorno ad una....., e ad una amputazione della gamba sinistra fatte nel medesimo individuo. Vol. 1.° pag. 35.
Echinococchi al fegato — Sopra un caso di tumore per..... e suo trattamento Medico-Chirurgico. Vol. 2.° pag. 305.

Eclampsia puerperale complicata a cancro del collo uterino. Vol. 2.° pag. 1.
Elettricità — Dell'..... nelle malattie della laringe. Vol. 2.° pag. 287.
Emostatico — Liquido..... balsamico del dott. *Simone Capodieci* (Bibliografia) Vol. 2.° pag. 141.
Encefalite sifilitica — Vol. 2.° pag. 210.
Epitelioma dei genitali delle prostitute. Vol. 2.° pag. 414.
Ernia diaframmatica — Storia d'..... e studi relativi. Vol. 1.° pag. 81.
Ernia diaframmatica — Nota alla storia d'..... Vol. 1.° pag. 320.
Esposti in Venezia — Di due nuovi lavori del medico Direttore della casa degli..... (Bibliografia) Vol. 1.° p. 382.
Essudato pleuritico con eclampsia — Sopra un'..... osservato alla Clinica del prof. *Skoda*. Vol. 1.° pag. 292.
Ferrovie — Dei Macchinisti e dell'influenza delle..... sulla loro salute. Vol. 2.° pag. 450.
Ferrovie — Dell'influenza delle..... sulla salute dei macchinisti e fuochisti, ma specialmente sulla loro cute, barba e capelli. Vol. 2.° pag. 457.
Feti — Dell'atrofia, mumificazione e consunzione dei..... che rimangono per molto tempo nascosti nell'utero dopo la loro morte, e intorno l'assorbimento della placenta. Vol. 1.° pag. 345.
Feto — Dell'estrazione del..... dopo eseguita la craniotomia. Vol. 1.° pag. 479.
Frattura accidentale od artificiale del femore — Della scambievole sovrapposizione dei frammenti di una..... per togliere la claudicazione derivante da incorreggibile accorciamento dell'arto operato. Vol. 1.° pag. 270.
Gangli — intorno ai..... Vol. 1.° pag. 219.
Glandole — Ricerche sulle funzioni chimiche delle....., e nuova teoria del diabete zuccherino o glucosuria. Vol. 2.° pag. 129.
Glicogenia animale — Sulla....., nuove ricerche fatte nel laboratorio fisiologico di Firenze. Vol. 2.° pag. 267.
Gomme sifilitiche delle ossa e dei pulmoni in un neonato. Vol. 2.° pag. 276.
Gravidanza — Idrorrea in..... Vol. 1.° pag. 223.
Gravidanza addominale — Di un caso di..... ed espulsione del feto dall'ano. Vol. 1.° pag. 378.
Infusori febbrigeni. Vol. 2.° pag. 198.
Itterizia — Considerazione sull'..... Vol. 2.° pag. 200.
Liquore iodo-arsenico-mercuriale di Donovan — Del.....,

sua migliore preparazione, applicazioni terapeutiche e nuovi vantaggi clinici. Vol. 1.° pag. 161.
Malattia dell' Addison — Intorno la....., Memoria premiata del dott. *Flavio Valerani* — Giornale della R. Accademia di Torino 1866. — Di un caso di morbo dell' Addison, osservato nella Clinica Medica di Firenze, diretta dal sig. prof. *Carlo Ghinozzi* — Storia e considerazioni del dott. *Francesco Occhini.* (Bibliografia) Vol. 1.° pag. 149.
Malattia dell' Addison — Un caso di..... Storia e Commenti. Vol. 2.° pag. 73.
Malattia dell' Addison — Nota critica sulla..... Vol. 2.° pag. 180.
Malattia dell' Addison — In risposta alla Nota critica sulla..... pel dott. *Ferdinando Verardini.* Vol. 2.° p. 346.
Malattia dell' Addison — Alcune parole in risposta alle considerazioni del dott. *Eduardo Vecchietti* sulla Nota critica della..... Vol. 2.° pag. 378.
Mannite — Sull' estrazione della..... dalle foglie dell' olivo del prof. *Sebastiano De-Luca* (Bibliografia) Vol. 2.° pag. 222.
Manuale di Chirurgia generale e speciale. Erlaugen 1865. Capitolo 5.° Emorragia, stravasi sanguigni, diatesi emorragica (Traduzione). Vol. 1.° pag. 114, 185.
Matrimonio civile — Sulla legge del....., considerazioni igieniche, morali e medico-politiche. Vol. 1.° pag. 175.
Meningite — Casi di..... in un' epidemia di orecchioni. Vol. 2.° pag. 169.
Milza — Intorno ai tumori della..... ed al loro trattamento. Vol. 2.° pag. 207.
Monumento di *Antonio Alessandrini* — Per la solenne dedicazione del....., discorso pronunziato nella grande Aula della R. Università di Bologna, il 5 Novembre 1865. Vol. 1.° pag. 237.
Morti — Delle..... Nuova classificazione filosofica per norma sicura della medica repubblica e del legislatore. Vol. 2.° pag. 319.
Muscolina — Conserva di..... Vol. 1.° pag. 488.
Necrologia di *Cavalieri Raffaele.* Vol. 2.° pag. 402.
» » *Farini Carlo Luigi.* Vol. 2.° pag. 223, 400.
» » *Mezzetti Luigi.* Vol. 2.° pag. 397.
» » *Sgarzi Gaetano.* Vol. 2.° pag. 410.
» » *Terzi Gaetano.* Vol. 2.° pag. 402.
Oftalmoiatria — Lezioni teoriche di..... del prof. *Francesco Magni* (Bibliografia) Vol. 1.° pag. 282.

Onorificenze — Vol. 1.° pag. 240.
Operazione cesarea — Considerevole vizio del bacino,....., strangolamento di un' ansa intestinale nella ferita dell' ano accidentale o contro natura, guarigione. Vol. 1.° pag. 380.
Ostetricia — Nuovo trattato teorico-pratico di..... corredato di 104 incisioni a norma delle migliori e più recenti applicazioni, esposto dal prof. *Sante Sillani* (Bibliografia). Vol. 1.° pag. 78.
Pancreas — Ricerche sul..... Vol. 2.° pag. 196.
Paresi delle estremità inferiori guarita coll'elettrico. Vol. 2.° pag. 282.
Parto spontaneo di un feto a termine in donna operata di Perineo-Cheilorafia per caduta della matrice. Vol. 2.° pag. 161.
Parti precipitosi — Sul troncamento accidentale del tralcio nei..... Vol. 1.° pag. 154.
Patologia Storica — Lettere sulla..... Lettera 1.ª Vol. 1.° pag. 385.
Pellagra — Della eziologia e cura preservativa della..... Vol. 1.° pag. 401.
Pericardite — Sulla....., brevi cenni teorico-pratici. Vol. 2.° pag. 6.
Perivaginite disseccante — Due casi di..... con conseguente separazione dell' intera vagina e della porzione vaginale dell' utero, con esito favorevole. Vol. 1° p. 488.
Petrolio — Antichissimo uso del..... in Sicilia, nella medicina e nell' industria. Vol. 1.° pag. 397.
Placenta — Degenerazione adiposa della..... Vol. 1.° p. 227.
Premio di lettura. Vol. 1.° pag. 320.
Prostituzione — Quarto rapporto politico-amministrativo-clinico della..... in Bologna. Vol. 1. pag. 241.
Quadro statistico dei casi di cholera occorsi in Bologna dal 21 Settembre al 9 Novembre 1866. Vol. 2. p. 461.
Rammollimento cerebrale — Nota sulle alterazioni dei capillari nel..... Vol. 1.° pag. 216.
Resezioni delle grandi articolazioni — Saggio di un paragone fra le..... e le amputazioni delle membra pel prof. *Giuseppe Pugliatti* (Bibliografia) Vol. 2.° p. 214.
Rivolgimento ostetrico ponendo la donna sui gomiti e sulle ginocchia. Vol. 1.° pag. 225.
Sensibilità — Ricerche intorno alla..... nello stato sano ed ammalato. Vol. 1.° pag. 61.
Sifilografia — La..... esposta aforisticamente dal prof. cav. *Pietro Gamberini* (Bibliografia). Vol. 2.° pag. 292.

Società Medico-Chirurgica di Bologna. — Libri in dono Vol. 1.° pag. 138, 139, 141, 142, 372, 374, Vol. 2.° pag. 119, 121, 123, 124, 394, 395, 396, 409. — Comunicazioni diverse Volume 1.° pag. 138, 140, 142, 143, 373, 375, Vol. 2.° pag. 120, 122, 123, 124. — Quadro delle cariche della Società Medico-Chirurgica di Bologna per l'anno 1866. Vol. 1.° pag. 144.

Stricnina — Sul modo di scoprire la..... nel corpo animale. Vol. 2.° pag. 205.

Studenti di Medicina — Agli..... (Bibliografia). Vol. 1.° pag. 489.

Tabe dorsale — Sulla..... Vol. 1.° pag. 57.

Tetano traumatico — Guarigione di..... con alte dosi di chinina ed oppio. Vol. 2.° pag. 278.

Tosse convulsiva — Cura della..... colla benzina. Vol. 1.° pag. 485.

Tracheotomia col processo del *Rizzoli*. Vol. 2.° pag. 390.

Tracheotomo a canula — Intorno ad un nuovo..... e ad un trequarti per la paracentesi. Vol. 1.° pag. 5.

Tracheotomo a canula del *Rizzoli* — Sul..... Vol. 1.° p. 319.

Trequarti per la paracentesi — Nuovo..... Vol. 1.° p. 321.

Ulcero molle — I guasti dell'..... in rapporto coll'infezione purulenta (Lettera 7.ª) Vol. 1.° pag. 64.

Uretrotomia esterna — Dell'..... mediante la sezione collaterale e la escisione dei tessuti patologici nei casi di restringimenti insormontabili, pel dott. *Bourguet*, (Bibliografia) Vol. 2.° pag. 221.

Utero — Sul rovesciamento dell'..... Vol. 1.° p. 145.

» — Atresia dell'..... in donna incinta affetta da ristrettezza di pelvi. Vol. 1.° pag. 482.

Vaginismo — Saggio sul..... dietro le idee del sig. *Marion Sims*. Vol. 2.° pag. 426.

Vegetazione epiteliare sifilitica della laringe. Vol. 2.° pag. 211.

Zolfo — Azione dello..... sulla mucosa bronchiale. Vol. 1.° pag. 214, Vol. 2.° pag. 203.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE